

## O LAZER EM AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: ênfase no lazer ativo

Priscilla de Cesaro Antunes<sup>1</sup>  
Ricardo Lira de Rezende Neves<sup>2</sup>  
Roberto Pereira Furtado<sup>3</sup>

Goiânia, GO, Brasil

**RESUMO:** Com objetivo de compreender os modos como o lazer se faz presente em políticas públicas de saúde brasileiras, analisamos o conteúdo de documentos e outras veiculações do Portal da Saúde-site oficial do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram uma ênfase na concepção do “lazer ativo”. Os contextos em que o lazer apareceu nas ações analisadas estiveram relacionados, principalmente, ao incentivo à prática de atividades físicas no tempo livre, como forma de combate ao sedentarismo, entre as estratégias de controle das doenças crônicas não transmissíveis. Esta concepção de lazer parece contradizer marcos referenciais como a Política Nacional de Promoção da Saúde e a de Atenção Básica, os quais apontam para a ampliação do conceito de promoção da saúde, com o lazer sendo concebido como um direito social a ser garantido pelo Estado, e para a integralidade da condição humana, que apresenta outras demandas fundamentais para a produção da saúde que extrapolam a realização de práticas corporais/atividades físicas e que também podem ser desenvolvidas no lazer.

**Palavras-chave:** Lazer. Saúde. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde (SUS).

### THE LEISURE IN ACTIONS OF THE MINISTRY OF HEALTH: emphasis on active leisure

**ABSTRACT:** This work aims to understand how the leisure theme is treated in Brazilian public health policies. We have analyzed the content of documents and other available information on the Health Portal - the official website of the Ministry of Health. Based on the outcomes, it is possible to assert that the concept of "active leisure" is predominant. In the documents analyzed, the proposals on leisure time were mainly related to the incentive to practice physical activities, as a way to combat sedentarism among other strategies of control of chronic non-communicable diseases. This conception of leisure seems to be contradictory in comparison to the National Health Promotion Policy and the Primary Care Policy. These both documents highlight the expanded

---

<sup>1</sup>Doutoranda em Ciências do Movimento Humano, Docente na Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Email: pri2602@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutor em Educação Física, Docente na Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Email: rlneves@gmail.com

<sup>3</sup>Doutor em Educação, Docente na Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Email: cremerroberto@hotmail.com

notion of health promotion, in which leisure is conceived as a social right to be guaranteed by the State. Furthermore, these policies affirm the integrality of the human condition, which presents other fundamental demands for the production of health that extrapolate the accomplishment of bodily practices/physical activities and that can also be developed in the leisure time.

**Keywords:** Leisure. Health. Public Policies. National Health System.

## **EL OCIO EN ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD: un énfasis en el ocio activo**

**RESUMEN:** Con el objetivo de comprender los modos como el ocio se hace presente en políticas públicas de salud brasileñas, analizamos el contenido de documentos y otras vehiculaciones del Portal de la Salud-sitio oficial del Ministerio de Salud. Los resultados evidenciaron un énfasis en la concepción del "ocio activo". Los contextos en los cuales el ocio aparece en las acciones analizadas estuvieron relacionados principalmente al incentivo a la práctica de actividades físicas en el tiempo libre, como forma de combate al sedentarismo entre las estrategias de control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Esta concepción de ocio parece contradecir marcos referenciales como la Política Nacional de Promoción de la Salud y la de Atención Básica, los cuales apuntan a la ampliación del concepto de promoción de la salud, con el ocio siendo concebido como un derecho social a ser garantizado por el Estado y para la integralidad de la condición humana, que presenta otras demandas fundamentales para la producción de la salud extrapolando la realización de prácticas corporales/actividades físicas que a su vez también pueden ser desarrolladas en el ocio.

**Palabras-clave:** Ocio. Salud. Políticas Públicas. Sistema Único de Salud.

### **Introdução**

O objetivo deste artigo é compreender o modo como o lazer se faz presente em políticas públicas de saúde brasileiras. Analisamos um conjunto de publicações do Ministério da Saúde referentes a ações direcionadas para a saúde da população, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de discutir as formas como o lazer é tratado em documentos oficiais, notícias e outras veiculações do site do Portal da Saúde do governo brasileiro.

No campo acadêmico da Educação Física é possível encontrar uma série de produções científicas que apresentam a relação entre o lazer e a saúde como objeto de estudo. Muitas vêm sendo desenvolvidas na perspectiva do lazer ativo como promotor de estilos de vida saudáveis, conforme o panorama sobre pesquisas em atividade física e saúde no Brasil, realizado por Nahas; Garcia (2010). Por outro lado, alguns autores têm estabelecido críticas a esta concepção de lazer, ao debater este tema articulado a uma

concepção ampliada de saúde (BACHELANDESKI; MATIELLO JUNIOR, 2010, BATISTA; RIBEIRO; NUNES JÚNIOR, 2012, PIMENTEL, 2012, MENDES, 2014), à saúde mental (PASQUIM; SOARES, 2015) e à intersectorialidade (CASTELLANI FILHO; CARVALHO, 2006, WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

É ponto de convergência nesses últimos estudos, a compreensão da promoção da saúde como elemento estruturante do SUS, que surge em contraposição à forte medicalização da vida e que demanda a passagem da construção de propostas setoriais e isoladas para propostas intersectoriais. Este desafio pressupõe a estruturação do cuidado em saúde a partir do entendimento ampliado do processo saúde-doença, menos centrado nas condutas clínicas e com perspectivas de superar o enfoque exclusivo na doença. Trata-se de uma crítica ao paradigma biomédico que, entre outros aspectos, apresenta ênfase biologicista no trato com o corpo e relações pessoais hierarquizadas com predomínio do saber-poder médico.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), os conceitos de saúde e promoção da saúde envolvem, além das condições físico-corporais, as condições gerais da vida; o desenvolvimento técnico-científico em saúde; as políticas sociais em saúde; as práticas de atenção à saúde e à doença; e o sistema de valores e crenças do sujeito ou da comunidade a que ele pertence. Reforçando esta questão, Candeias (1997, p.210) destaca que promoção da saúde seria “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Esta compreensão implica na necessidade de considerar os múltiplos determinantes de saúde (fatores genéticos, ambiente, serviço de saúde, estilo de vida) e, conseqüentemente, as múltiplas intervenções ou formas de apoio e cuidado.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) e as Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009), são consideradas marcos da tentativa de estruturação de políticas sociais para a promoção da saúde no Brasil. Tais documentos compreendem o lazer como um elemento potencializador da saúde humana. O lazer, inclusive, está garantido como um direito social na Constituição brasileira (BRASIL, 1988) e como um determinante na definição de saúde da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990). O conteúdo dessas políticas mostra que o SUS, como projeto e proposta (PAIM, 2008), é ousado na intenção de reorientar os modos de atenção à saúde. Os desafios para seu desenvolvimento envolvem disputas com o modelo biomédico hegemônico e tensionamento com as construções históricas que atualmente constituem e sustentam a sociedade.

Para auxiliar em uma compreensão rigorosa do modo como o lazer está presente nas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, iniciamos este texto apresentando a constituição do lazer no bojo da sociedade moderna. Evidenciamos sua perspectiva funcionalista que já apresentava nexos com a construção de uma moral vinculada a um estilo de vida a ser forjado, especialmente, na classe trabalhadora.

Em seguida, passamos à discussão de publicações recentes do Ministério da Saúde, referentes a ações voltadas para a saúde da população que estão em andamento, na forma de planejamento estratégico, avaliação de programas e comunicação com a sociedade por meio de notícias e plataforma virtual. Selecionamos para esta análise documentos associados à agenda das práticas corporais/atividades físicas no SUS, tendo em vista que é a partir dessa esfera que o lazer adentra as políticas de saúde: “Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011a) e “Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil” (BRASIL, 2011c); e outras veiculações do Portal da Saúde, que é o site oficial do Ministério da Saúde brasileiro: notícias de agências estatais que contém a palavra lazer e “Plataforma Saúde Brasil” (BRASIL, 2017a).

A análise de conteúdo realizada permitiu identificar uma ênfase na concepção do “lazer ativo”, evidenciando similitudes com tal perspectiva funcional no modo de lidar com o tempo disponível para o lazer. Dessa forma, o lazer apareceu nas publicações a partir da promoção da saúde, mas relacionado, principalmente, com o incentivo à realização de atividades físicas como forma de combate ao sedentarismo e aos males que supostamente o acompanham, elementos que nos dedicamos a apresentar na segunda metade do texto.

### **A constituição do lazer e o “bom uso” do tempo livre**

O processo de dissolução do modo de produção feudal e ascensão do modo de produção capitalista foi acompanhado por importantes transformações no modo de vida das pessoas no continente europeu. Alguns fenômenos característicos deste processo foram o crescimento da pauperização, da mendicância e vagabundagem, geralmente acompanhadas da urbanização desordenada, das epidemias e do aumento do número de instituições para reclusão de pobres, vagabundos e bandidos (HOBSBAWN, 2010; CASTEL, 2008, FOUCAULT, 1999).

Diante das novas relações sociais de produção, outras condições de vida demandaram a edificação de ações que, aos poucos, foram institucionalizadas pelo Estado, tais como práticas e políticas relacionadas ao lazer e à saúde do trabalhador. Em relação à saúde, por exemplo, Foucault (1999) explica que foi a experiência inglesa a que melhor evidenciou o desenvolvimento de políticas de saúde diretamente vinculadas com as relações entre as classes sociais que representam o capital e o trabalho. O lazer, tal qual conhecemos hoje, também emergiu entre as diversas respostas apresentadas para fortalecer a nova sociedade que estava nascendo e combater os riscos que se apresentavam para sua consolidação.

O processo de produção de mercadorias em escala industrial nas fábricas demandou a produção da força de trabalho também em grande escala, sendo necessário produzir trabalhadores assalariados para atender a demanda crescente. Esse processo

de produção de um novo tipo de relação de trabalho e, conseqüentemente, de uma nova classe social, envolveu a disciplina, a educação e a saúde das pessoas. O controle do tempo livre se destaca como uma estratégia fundamental neste sentido, ganhando forma a partir da institucionalização de um conjunto de práticas e políticas que foram se constituindo como o lazer do trabalhador.

Com o desenvolvimento do capitalismo, da industrialização e do modo de vida urbano, ocorre uma organização mais racional, mecânica e rígida do trabalho e da existência humana, cujas dimensões da vida cotidiana passam a ser divididas, contadas e regulamentadas. [...] Durante o tempo livre, a educação, o descanso e a diversão foram bem definidos e delineados, tendo em vista a necessária reposição e preparação da força de trabalho para o retorno à produção (MARCASSA, 2002, p.11).

O positivismo que nasce atrelado às expectativas de conduzir esta nova sociedade a um melhor ordenamento ou garantia de coesão social, produziu uma série de práticas, instituições e discursos, cujo objetivo final seria uma maior funcionalidade da vida em sociedade, sem atingir suas contradições fundamentais, ao contrário, criando condições para a perpetuação das contradições e desigualdades com coesão social. No âmbito do lazer não foi diferente.

A perspectiva positivista de lazer, sempre predominante, desenvolve-se de tal forma que fortalece instituições e práticas de lazer permeadas por um discurso de distinção entre as boas práticas para o tempo livre e as supostas práticas degradantes. Em outras palavras, o tempo livre do trabalhador deve ser preenchido por ações que auxiliem na construção das almeçadas disciplina, educação e saúde para o trabalho e para a vida harmoniosa em sociedade. Deve, portanto, estar limpo de práticas nocivas, como os jogos de azar, o uso de drogas, o ócio, entre outros usos do tempo livre que não contribuiriam para o fortalecimento da sociedade emergente.

Significa dizer, que estava em questão o direcionamento do tempo livre para uma função produtiva e moralizante da classe trabalhadora.

Inúmeras foram as ações implementadas com vistas ao controle da vida cotidiana, no sentido de que as atividades situadas no parco tempo livre da classe trabalhadora fossem aproveitadas para reposição e preparação da força de trabalho e, dessa forma, colaborassem com os mecanismos de acumulação do capital. Suas habitações foram alteradas conforme modelos higiênicos, seus hábitos alimentares passaram a ser ditados por uma dieta tida como saudável e nutritiva, sua educação passou a ser orientada para uma formação técnica e profissionalizante e suas práticas de diversão e de descanso foram substituídas por um conjunto de novas atividades civilizadas, disciplinadas e úteis a uma vida ativa, integrada e produtiva, para que pudessem contribuir com a pátria, cooperar com o desenvolvimento da nação e fortalecer a ordem e o progresso da sociedade (MARCASSA, 2002, p. 190).

Esta perspectiva positivista de lazer se desenvolveu ao longo dos séculos subsequentes acompanhando o desenvolvimento e as transformações sociais. Embora tenha ganhado novas roupagens, seu fundamento parece se manter, ou seja, o controle do tempo livre visando disciplina, saúde e educação funcionais à lógica das relações

sociais de produção e melhor ordenamento do modo de produção capitalista. Entretanto, as mudanças ocorridas ao longo do século XX apresentaram novas demandas a serem enfocadas nos tempos e espaços de lazer para o bom uso do tempo livre, em oposição aos costumes e atividades consideradas degradantes, que são questionadas, banidas ou normatizadas. O grande vilão do momento é o sedentarismo. O “bom lazer” é aquele que contribui para que no tempo livre as pessoas estejam ativas, realizando atividades físicas, distantes do ócio, do uso de drogas e, supostamente, cuidando de sua saúde.

### **A presença do lazer nas publicações analisadas: promoção do estilo de vida saudável**

Em junho de 2017, o Ministério da Saúde lançou sua mais recente plataforma, chamada “Saúde Brasil”, parte de uma campanha que tem como slogan “Promoção da saúde é o melhor remédio para vida saudável”. As ações previstas para melhoria da saúde da população estão fundadas em quatro pilares: “Eu quero parar de fumar”, “Eu quero ter um peso saudável”, “Eu quero me exercitar” e “Eu quero me alimentar melhor” (BRASIL, 2017a). A plataforma online possui conteúdo interativo e informativo e, ao acessá-la, o usuário tem a opção de responder um questionário sobre seu estilo de vida com relação a esses quatro temas. O resultado do “quiz” traça o perfil do usuário e fornece dicas para adoção de condutas cotidianas consideradas mais saudáveis, principalmente com relação à alimentação, prática de atividades físicas e consumo de drogas.

A iniciativa expressa nessa plataforma é mais uma ação do Ministério da Saúde voltada para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), preocupação que tem sido contemplada em políticas públicas de diversos países, sobretudo desde que a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou em 2010 uma reunião para tratar das DCNT, consideradas as principais causas de morte no mundo. O Brasil publicou, à época, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011a), embora já viesse se dedicando a esta pauta desde 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Nesse documento, são elencadas metas e ações frente aos dados nacionais de prevalência das DCNT, as quais são definidas em quatro principais grupos: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes; e seus fatores de risco em comum modificáveis são o tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade.

Com vistas a combater os fatores de risco elencados, o governo vem propondo uma série de ações, cujo foco se concentra na mudança do estilo de vida e na adoção de comportamentos ativos e saudáveis por parte da população brasileira. Nos termos das diretrizes da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu-se como prioridade a implantação de “políticas promotoras de modos de viver saudáveis” (BRASIL, 2005). Neste contexto

se inscreve a agenda das práticas corporais/atividades físicas no interior das políticas públicas de saúde brasileiras<sup>4</sup>. A dimensão do lazer aparece associada a esta agenda, principalmente quando a plataforma (BRASIL, 2017a) e o referido documento (BRASIL, 2011a) tratam da necessidade do aumento do nível de atividade física das pessoas, considerado um dos argumentos centrais para a redução das DCNT.

A palavra “lazer” aparece 38 vezes no plano de enfrentamento das DCNT 2011-2022 (BRASIL, 2011a). Os contextos em que ela é mencionada referem-se, em geral, aos conteúdos do texto que versam sobre o fator de risco da inatividade física. O documento apresenta dados nacionais que constata o baixo nível de atividade física das pessoas no tempo disponível para o lazer. Por conseguinte, define como meta ampliar a prevalência de atividade física no lazer e como ações a melhoria de condições socioambientais, a efetivação de programas e parcerias intersetoriais<sup>5</sup>, com construção de praças e ampliação de equipamentos de lazer, para favorecer a realização de atividades físicas no tempo livre. O Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011b) é destacado como uma grande aposta do governo para incentivar a prática no lazer.

Uma das prioridades no documento e que, portanto, justifica este conjunto de ações, é o aumento do nível de atividade física da população até o ano 2022. Ao apresentar os padrões insatisfatórios de atividade física dos brasileiros, obtidos pelo Vigitel (Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), o texto afirma que a atividade física é avaliada em quatro domínios: “no tempo livre ou atividades de lazer, no deslocamento para o trabalho ou para a escola, nas atividades de trabalho e nas atividades domésticas, sendo o primeiro mais passível de intervenção” (BRASIL, 2011a, p.45). Deste modo, observa-se que o lazer assume relevância porque é considerado o tempo-espço da vida das pessoas em que seria mais fácil incorporar atividades físicas, o que parece indicar um investimento para ocupação ativa do tempo livre da população, sob justificativa de melhora da saúde.

---

<sup>4</sup> A construção da agenda de “práticas corporais/atividade física” no Sistema Único de Saúde foi analisada por Martinez *et al.* (2013), a partir de um debate sobre as tensões teóricas e práticas produzidas nos marcos legais que orientam as políticas públicas de saúde brasileiras. Os autores destacam que desde a década de 1990 o Ministério da Saúde tem buscado institucionalizar as discussões em torno da promoção da saúde no Brasil e que os documentos oficiais, a literatura científica e a realidade evidenciam projetos societários em disputa. No que se refere às práticas corporais/atividade física, os confrontos se mostram, sobretudo, nas diferenças entre o paradigma promocional e o combate da epidemia das doenças e agravos não transmissíveis.

<sup>5</sup> Do ponto de vista das ações em direção à meta anunciada, a construção de praças e ampliação de equipamentos de lazer é recorrente. Além disso, são propostas articulações intersetoriais entre esporte, lazer e cultura e entre os projetos que já se encontram em andamento nestas áreas. Propõe-se parceria com o Ministério do Esporte para “Articular com outros setores do governo a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer existentes e a serem construídos” (BRASIL, 2011a, p.82) e com o Ministério das Cidades para “Sugerir, no Plano Diretor das Cidades, a previsão de estruturas que garantam organização e segurança na guarda de equipamentos particulares, como bicicletário, para favorecer o uso de transporte ativo no lazer e no deslocamento para o trabalho” e “Propor a abertura de editais para construção de estruturas que favoreçam a prática do lazer e da atividade física nos municípios” (p. 85). E, ainda, uma ação comum a diversos setores: “Articular a construção de praças do PAC como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias” (p.88).

Esta mesma linha de argumentação está presente em outra publicação de 2011 do Ministério da Saúde, a qual apresentou a “Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil” (BRASIL, 2011c), onde a palavra lazer apareceu com frequência de 67 ocorrências. Embora inicialmente o lazer tenha sido mencionado no documento na perspectiva de um direito da população e como um determinante social da saúde, especialmente nos capítulos que trataram da avaliação das Academias da Cidade, prevaleceu a apresentação dos índices de atividade física no lazer em relação às doenças e agravos não transmissíveis e aos fatores de risco.

A necessidade de exercitar-se no tempo livre também ficou evidente quando realizamos uma busca com a palavra “lazer” no site do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, a qual gerou 49 resultados, frutos de notícias publicadas por agências de comunicação estatal. O conteúdo das notícias pode ser agrupado nos seguintes temas: obesidade (26 notícias); doenças, sendo febre amarela, aedes aegypti, hantavirose e vírus Mayaro (08); saúde mental (05); saúde do trabalhador (04); saúde indígena (03); saúde do homem (02); políticas de equidade em saúde (01).

O conjunto dos resultados permitiu inferir três nuances de compreensão do lazer no âmbito das notícias do Ministério da Saúde<sup>7</sup>. A concepção mais frequente, presente em 31 notícias, reiterou o lazer como um momento privilegiado para a prática de atividade física.

A obesidade foi tema de mais da metade das notícias encontradas, sendo 26 no total, publicadas em abril de 2017. Seu conteúdo versou sobre dados referentes à obesidade, hipertensão e diabetes nas capitais brasileiras, obtidos pelo Vigitel. As outras três notícias deste tema anunciaram o aumento de 60% da prevalência de obesidade no Brasil em dez anos. Observou-se nos textos preocupação com as DCNT e que as ações de investimento do Ministério da Saúde para combater tais índices estão calcadas no incentivo de hábitos saudáveis à população, sobretudo quanto à alimentação e atividade física. No que diz respeito ao segundo aspecto, as notícias apontaram o aumento do nível de atividade física no tempo livre, principalmente por jovens de 18 a 24 anos, e o Programa Academia da Saúde como uma política pública de incentivo à prática. A palavra “lazer” compôs o seguinte subtítulo, redigido igual em todas as notícias: “Estudo aponta ainda que, apesar do cenário preocupante, brasileiro reduziu quase pela metade o consumo de refrigerantes e passou a fazer mais atividade física no lazer” (BRASIL, 2017b, p.1).

Nas notícias sobre a saúde do trabalhador, três anunciaram preocupação com as doenças cardiovasculares e a hipertensão, frente ao dado de que mais de 70% dos trabalhadores não se exercitam regularmente, sublinhando a necessidade da atividade

---

<sup>6</sup> Busca realizada no buscador principal do site do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/>) em 21 de junho de 2017.

<sup>7</sup>a) Lazer como tempo-espço de prática de atividades físicas para combater as DCNT (expressa nas notícias sobre os temas: obesidade, saúde do trabalhador e do homem); b) lazer como direito social determinante social da saúde (nas notícias sobre saúde mental e indígena, equidade e uma notícia da saúde do trabalhador); c) lazer como lugar possível de contágio de doenças (nas notícias sobre o tema doenças).

física. O Programa Academia da Saúde, novamente, apareceu como principal estratégia do governo federal para induzir o aumento da prática no lazer. Já as duas notícias sobre a saúde do homem apresentaram dados que demonstram a pouca frequência masculina nos serviços de saúde e a necessidade de que adotem medidas de promoção e prevenção de saúde, incluindo hábitos saudáveis, como a “prática de exercícios físicos e atividades de lazer regularmente” (BRASIL, 2017c, p.01).

### Políticas públicas de saúde no Brasil e o lazer ativo

Em síntese, quando analisamos a plataforma “Saúde Brasil”, o “Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022”, a “Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil” e as notícias publicadas pelo Ministério da Saúde que contém a palavra lazer, ficou evidente que as relações entre saúde e lazer no âmbito dessas recentes publicações se colocam na perspectiva do “lazer ativo”, termo utilizado para significar a atividade física no tempo livre, segundo Pimentel (2012). Castellani Filho e Carvalho (2006) corroboram que esta é a perspectiva que prevalece nas esferas dos Ministérios da Saúde e do Esporte.

“Lazer ativo” também é o nome de um programa nacional de atividade física desenvolvido no âmbito do Serviço Social da Indústria (SESI), que iniciou em Santa Catarina no ano de 1999 e depois foi estendido a todos os seus departamentos regionais. Segundo a proposta, apresentada em Nahas *et al.* (2010), o programa partiu de um levantamento epidemiológico que identificou a prevalência de inatividade física entre os industriários brasileiros e propôs a implantação de ações de promoção de atividade física e estilos de vida saudáveis para estes e seus familiares. Sua meta/missão foi definida como “trabalhadores mais ativos no lazer e mais saudáveis”.

O incentivo à prática de atividades físicas também é o propósito de outros programas de abrangência nacional e internacional, como os Programas Agita Mundo e Agita São Paulo, cujos objetivos são “estimular a pesquisa, encorajar a disseminação da informação sobre os benefícios para a saúde da prática da atividade física e de estratégias efetivas para aumentar o nível de atividade física” e “defender a atividade física e saúde e dar suporte para o desenvolvimento nacional e regional de programas e redes de promoção de atividade física” (PORTAL AGITA, 2017).

Tais políticas e programas guardam premissas semelhantes entre si. Em geral, partem de dados que denunciam a inatividade física e seu impacto na ocorrência de doenças; e indicam que um comportamento ativo fisicamente está associado a boas condições de saúde. A exercitação corporal tem lugar de destaque nessas propostas, mas reconhece-se que o estilo de vida saudável deve incorporar um conjunto de ações individuais, que também envolvem medidas sobre alimentação, consumo de álcool e tabaco, gerenciamento do estresse, etc. O lazer é recorrentemente mencionado como o momento privilegiado para realização de atividade física, mas não o único, uma vez que o imperativo de gastar energia acima dos níveis de repouso é exigido em várias esferas

da vida, sendo atribuído também à escola, aos serviços de saúde e até ao deslocamento, ao ambiente de trabalho e a casa, com as tarefas domésticas, por exemplo.

Trata-se de um caráter medicalizante e controlador das práticas de lazer que devem ser ativas para favorecer a saúde. Esta questão é analisada por Pimentel (2012), ao realizar críticas sobre uma possível perspectiva neohigienista do lazer, a qual estaria fundada em bases funcionalista e positivista. Embora o autor reconheça que a presença da obtenção da saúde nas atividades de lazer poderia implicar em benefícios para os praticantes, questiona o sentido moralizante e a medicalização dos discursos, “amparados por uma causalidade ingênua, pela qual basta o trabalhador aderir à atividade física para se resolver os problemas das doenças crônico-degenerativas” (PIMENTEL, 2012, p.312)

Diante da exigência da vida ativa para ser saudável, não há lugar para o ócio e outras formas de usos do tempo livre despreocupadas com algum resultado útil. O culto à saúde e à atividade física rejeita a pausa e hipervaloriza a produtividade, que é requerida, seja no trabalho, seja no lazer. O ócio e a imobilidade assumem acepção negativa (associados à inatividade física), do mesmo modo que o sujeito sedentário é considerado nocivo, preguiçoso, imoral, de caráter duvidoso, descuidado consigo mesmo, antissocial, depressivo, mal humorado, entre outros (FRAGA *et al.*, 2009). A atribuição de valores negativos ao lazer considerado passivo remete à necessidade de encontrar um sentido para o lazer, que cumpra a função de realizar “algo bom e para o bem”, de acordo com certa perspectiva moral, uma vez que a passividade fica relacionada ao gasto com doenças e à decadência moral (PIMENTEL, 2012, p. 303).

O foco das políticas e programas no incentivo à realização de atividades físicas no tempo disponível para o lazer se coloca numa relação de causalidade direta com a saúde, como se a exercitação corporal, por si só, fosse promotora de saúde, algo que foi considerado um “mito” por Carvalho (2009), tendo em vista que o conceito ampliado de saúde a define como resultante de boas condições de moradia, transporte, alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, meio ambiente, acesso ao lazer, à educação, as práticas corporais, a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Neste sentido, a atividade física consiste em um aspecto de potencial contribuição para os processos saúde-doença, contudo, frente ao caráter multifatorial da saúde, não pode alcançar êxito isoladamente.

Por um lado, as exigências por um estilo de vida saudável se fundam no paradigma do risco, amparado no conhecimento epidemiológico e na lógica preventivista. Segundo Castiel (2003, p. 82), “o conceito de risco homogeneiza as contradições do presente, estabelecendo que só se pode administrar o risco (o futuro) de modo racional, ou seja, através da consideração criteriosa da probabilidade de ganhos e perdas conforme decisões tomadas”. A noção de risco interpela as pessoas na forma de ameaças e da culpabilização individual pelas situações de doença que se apresentem, produzindo modos de regulação, normalização e monitoramento da vida individual e

coletiva, conforme já analisaram Castiel (2003), Castiel e Diaz (2007), Matiello Júnior, Gonçalves e Martinez (2008).

Por outro lado, é possível notar um movimento de incentivo à adoção de um estilo de vida saudável que se dá pelo elogio, pela premiação e pela visibilidade das experiências de sucesso das pessoas. Na nova plataforma do Ministério da Saúde, por exemplo, há uma coleção de depoimentos e a solicitação para o usuário “narrar suas histórias de superação e mostrar que é possível se tornar mais saudável” (BRASIL, 2017a, não paginado). No dia 16 de junho de 2017 publicou “Eu queria ter um peso saudável e consegui”, com a seguinte chamada: “O paranaense Ronaldo Bealta, 29, perdeu 55kg adotando hábitos saudáveis. O Blog da Saúde conversou com ele para provar que é possível conquistar qualidade de vida apenas fazendo as escolhas certas” (BRASIL, 2017d, p.1).

Se, por uma via, a ameaça dos fatores de risco é recorrente, o Ministério também vem adotando outras estratégias, na nova lógica de incentivo à atividade física, a do elogio e visibilidade de sucesso. O que parece não se alterar é o propósito de elevação do nível de atividade física, como se fosse garantia de saúde, e o caráter proeminente individual de suas propostas.

A ênfase na mensagem do aumento da quantidade de atividade física no tempo livre também se sustenta pela sua compreensão como remédio, tendo em vista que a agenda das práticas corporais/atividades físicas está atrelada ao combate às doenças, mais do que ao paradigma ampliado de promoção de saúde. O próprio slogan da nova plataforma do Ministério exprime essa perspectiva, assim como o Programa Agita, que é o maior expoente desta concepção com relação às práticas corporais, conforme analisado por Fraga (2006). Embora as propostas advoguem por uma certa desmedicalização, ao substituir os fármacos pela prática de exercícios, acabam por contribuir para a lógica de medicalização social, onde tudo pode e deve ser perseguido como ação “de saúde”.

A compreensão de que a saúde pode ser obtida eminentemente por meio de estilos de vida individuais considerados saudáveis caracteriza, segundo Buss (2009), uma concepção de promoção da saúde que consiste nas atividades dirigidas às transformações dos comportamentos dos indivíduos, estando excluídos todos os fatores que estivessem fora do controle imediato das pessoas. Contudo, o que vem a caracterizar a promoção da saúde atualmente,

é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2009, p.23).

Neste sentido, a vertente comportamentalista pode ser questionada porque desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença e deposita exclusivamente sobre os sujeitos a responsabilidade por suas condições de saúde, como se, para toda população brasileira, estivessem dadas as mesmas possibilidades para escolha e adoção de certos comportamentos, inclusive das atividades de lazer. Além disso, tal compreensão insinua a desobrigação do Estado em prover condições dignas de existência, no que diz respeito às necessidades humanas básicas, na medida em que desloca para o comportamento individual a explicação para a condição de saúde.

### Considerações finais

A análise dos documentos (“Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022” e “Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil”) e de outras veiculações do Portal da Saúde (notícias de agências estatais que contém a palavra lazer e “Plataforma Saúde Brasil”) evidenciou que a concepção de lazer predominante no âmbito dessas ações do Ministério da Saúde está relacionada ao lazer ativo.

Nessas publicações, o lazer se fez presente vinculado às práticas corporais/atividades físicas, em meio às estratégias de controle das DCNT, limitando-se ao combate ao sedentarismo, entendido como um comportamento individual cambiável. Dessa forma, desprezou-se o lazer como um momento importante da vida das pessoas no atual contexto histórico, desfavorecendo sua potencialidade para a produção da vida.

Para uma parcela da população, provavelmente tal mudança de comportamento está ao alcance, no entanto, generalizá-la significa negligenciar a explícita desigualdade social brasileira e a necessidade de criação de condições materiais concretas para o acesso às práticas e ao lazer. Além disso, a repetição da mensagem do necessário aumento da prática para evitar doenças confere a ela certo caráter de obrigatoriedade, não levando em consideração outros sentidos e significados atribuídos pelas pessoas às ações que podem incorporar em suas vidas. Algo que expressa um esvaziamento de componentes culturais e subjetivos envolvidos com as práticas corporais e como estes podem ser mobilizados de formas distintas, conforme as condições de classe, gênero, raça/etnia, geração, etc.

Ao ser justificada majoritariamente pelo combate ao ócio e à inatividade física na direção do enfrentamento das DCNT, a concepção de lazer presente nas ações do Ministério da Saúde reduziu suas contribuições para a saúde à lógica medicalizante, desconsiderando elementos importantes que compõem a promoção da saúde. Nesse contexto, o acento das ações nos índices quantitativos sobre a prática de atividade física parece ser apenas uma parte da sua possível contribuição para a realidade sanitária brasileira, tendo em vista o potencial de vida que pode ser qualitativamente mobilizado em atividades de lazer, o qual mereceria também ser contemplado como preocupação das ações de investimento à saúde.

A análise das publicações, portanto, revelou que a atual forma como o lazer é considerado na relação com a saúde, ou seja, o lazer ativo, guarda estreita semelhança com a finalidade funcionalista através da qual o lazer hegemonicamente se constituiu, especialmente após a consolidação do modo de produção capitalista. A mesma lógica do que hoje é promovido já se fazia presente, entretanto, ganhou novas formas de manifestação. É o que Pimentel (2012) denominou de perspectiva neohigienista do lazer.

Esta concepção de lazer parece contradizer o direcionamento dado pelos principais documentos que apontam princípios e diretrizes para os serviços de saúde brasileiros, mostrando um descompasso entre as orientações dos documentos norteadores das políticas de saúde do Brasil e tais ações desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde analisadas neste artigo. As Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) e de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), por exemplo, apontam para a ampliação do conceito de promoção da saúde, com o lazer sendo concebido como um direito social que deve ser garantido pelo Estado.

Parece plausível, ainda, considerar que o debate em torno da adesão expressiva ao lazer, como forma de promoção da saúde pela população, não deveria centrar-se apenas na oferta pública ou não do mesmo, mas também a partir de uma análise que atente às reais condições das jornadas de trabalho atualmente e da justa distribuição de renda que poderia proporcionar maior aderência às atividades de lazer.

Se considerarmos que as estratégias necessárias de promoção da saúde consistem na combinação de ações que abarquem tanto os determinantes estruturais quanto os individuais da saúde (BUSS, 2009), o incentivo à prática de atividades físicas pode representar uma importante medida, mas precisa se coadunar com o acesso a outros direitos sociais e também assumir um caráter qualitativamente distinto das propostas caracterizadas pelo receituário moralizante. E, mais do que isso, nesta perspectiva, diferentes possibilidades em se usufruir o tempo disponível para o lazer devem ser levadas em consideração, pois a integralidade da condição humana apresenta outras demandas fundamentais para a produção da saúde que extrapolam a realização de práticas corporais/atividades físicas e que também podem ser desenvolvidas no lazer.

## REFERÊNCIAS

BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2569-2579, 2010.

BATISTA, J. C.; RIBEIRO, O. C. F.; NUNES JUNIOR, P. C. Lazer e promoção da saúde: uma aproximação conveniente. **Licere**, Belo Horizonte, v.15, n.2, jun/2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plataforma Saúde Brasil.** 2017a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/saudebrasil>> Acessado em: 21 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. **Em dez anos obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes.** 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>>. Acessado em: 21 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde incentiva homens a cuidar da saúde.** 2017c. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26209-ministerio-da-saude-incentiva-homens-a-cuidar-da-saude>>. Acessado em: 21 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. **Eu queria ter um peso saudável e consegui.** 2017d. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52691-eu-queria-ter-um-peso-saudavel-e-consegui>>. Acessado em: 22 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011.** Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Avaliação da efetividade de programas de atividade física no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília: OPAS, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CARVALHO, Y. M. **O mito da atividade física e saúde**. 4. ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2009.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 7. ed. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 2008.

CASTELLANI FILHO, L.; CARVALHO, Y. M. Resignificando o esporte e o lazer nas relações com a saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs). **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec-Opas, 2006. p.208-222.

CASTIEL, L. D. Quem vive mais morre menos? Estilo de riscos e promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na Educação Física**. v.1. Blumenau: Edibes, 2003. p.79-98.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FRAGA, A. B. *Exercício da informação*: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas-SP: Autores Associados, 2006.

FRAGA, A. B. *et al.* “Eu acho que sedentarismo é...” Concepções de praticantes de caminhada e medicalização das práticas corporais. CONBRACE, 16 e III CONICE, 3, **Anais...** Salvador, 2009.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p. 79-98.

HOBBSAWM, E. **Bandidos**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

MARCASSA, L. **A invenção do lazer**: educação, cultura e tempo livre na cidade de São Paulo (1888-1935). 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

MARTINEZ, J. F. N. *et al.* Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: FRAGA, A.; GOMES, I.; CARVALHO, A. **As práticas corporais no campo da saúde**. v.1. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-177.

MATIELLO JÚNIOR, E.; GONÇALVES, A.; MARTINEZ, J. F. N. Superando riscos da

atividade física relacionada à saúde. **Movimento**. Porto Alegre, v.14, n. 1, p.39-61, jan-abr/2008.

MENDES, M. I. Lazer ativo e saúde: perspectivas e desafios. **Licere**, Belo Horizonte, v.17, n.3, set/2014.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.07-18, 2000.

NAHAS, M. *et al.* Lazer ativo: um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n.4, p. 260-264, 2010.

NAHAS, M.; GARCIA, L. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.24, n.1, p.135-48, jan-mar/2010.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: fundamentos para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASQUIM, H. M.; SOARES, C. B. Lazer, saúde coletiva e consumo de drogas. **Licere**, Belo Horizonte, v.18, n.2, jun/2015.

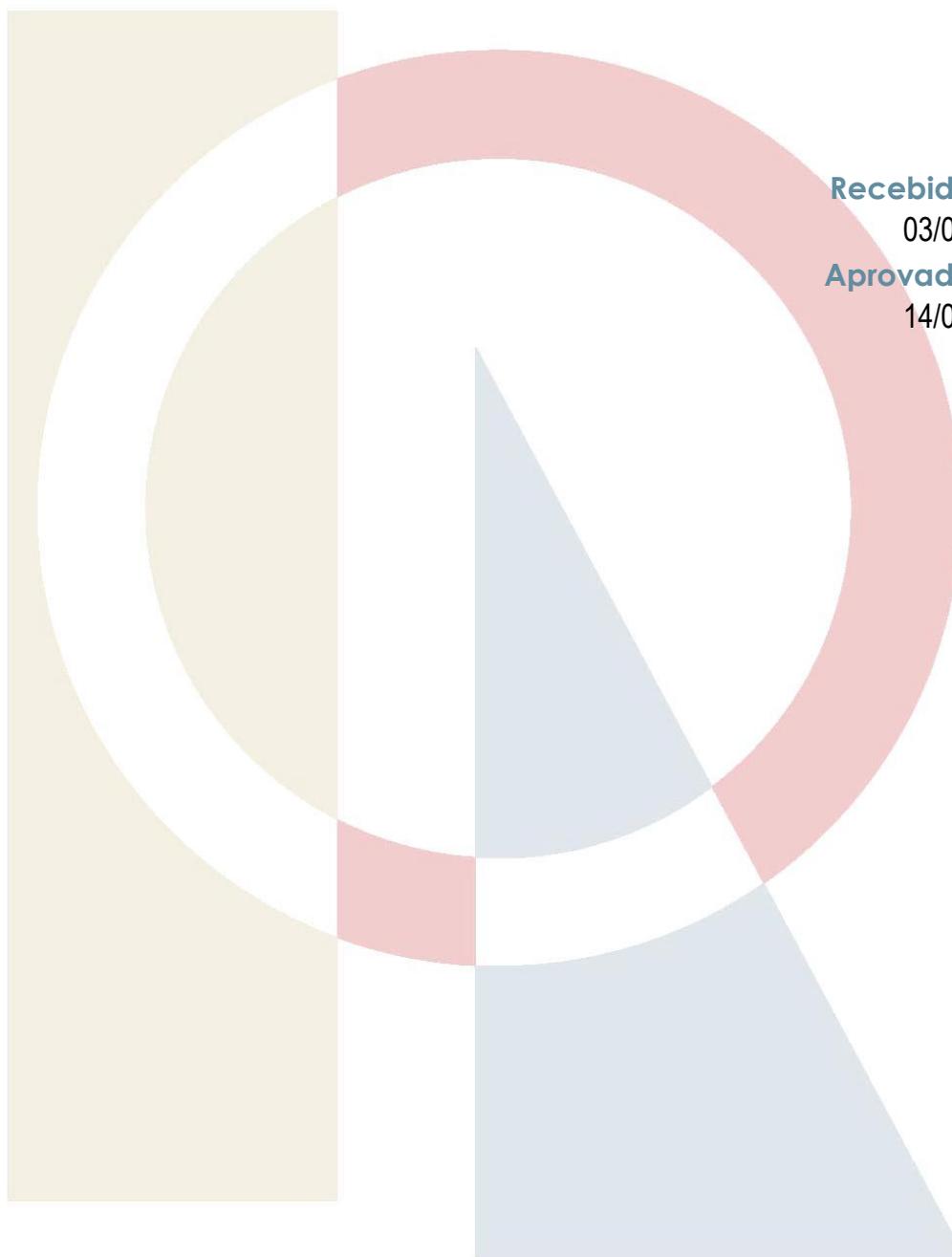
PIMENTEL, G. G. A. O passivo do lazer ativo. **Movimento**. Porto Alegre, v. 18, n. 03, p. 299-316, jul-set/2012.

PORTAL AGITA. Agita Mundo. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.portalaqita.org.br/pt/>> Acessado em: 27 de junho de 2017.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito de "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014.

**Endereço para correspondência:**

Priscilla de Cesaro Antunes.  
Email: pri2602@hotmail.com



**Recebido em:**  
03/05/2018  
**Aprovado em:**  
14/05/2018