

Gabriela Baranowski Pinto

O lazer em hospitais: Realidades e desafios

**Belo Horizonte
2009**

Gabriela Baranowski Pinto

O lazer em hospitais: Realidades e desafios

Dissertação apresentada ao Colegiado do Mestrado em Lazer da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Lazer, Cultura e Educação.

Orientadora: Prof^a. Dra. Christianne Luce Gomes

**Belo Horizonte
2009**

P659l Pinto, Gabriela Baranowski
2007 O lazer em hospitais: Realidades e desafios. [manuscrito] /Gabriela Baranowski
Pinto. – 2009.
195 f., enc.:il.

Orientadora: Christianne Luce Gomes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 180-189

1. Lazer - Teses. 2. Saúde – Teses. 3. Hospitais. 4. Pacientes internados. I. Gomes,
Christianne Luce. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação
Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III.Título.

CDU: 379.8



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Mestrado em Lazer
Área Interdisciplinar

Dissertação intitulada ***O lazer em hospitais: realidades e desafios*** de autoria da mestranda **Gabriela Baranowski Pinto** defendida e aprovada em 29 de julho de 2009, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e submetida à banca examinadora composta pelos professores:

Christianne Luce Gomes

Profa. Dra. Christianne Luce Gomes (Orientadora)

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

Hélder Ferreira Isayama

Prof. Dr. Hélder Ferreira Isayama

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

Yara Maria de Carvalho

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho

Escola de Educação Física e Esporte

Universidade de São Paulo

Aos internados,
que enfrentam uma fase difícil da vida,
sem os quais esta pesquisa não existiria.

Aos estudiosos do lazer e da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me conduzir pelos caminhos que me trouxeram até este curso de pós-graduação e me permitiram concluí-lo.

Aos meus pais Luciene e Mauro, e ao meu irmão Lucas, agradeço pelo apoio incondicional, compreensão e paciência durante a realização deste trabalho.

À madrinha e tia Luiza, agradeço por me motivar a realizar o curso e por sempre demonstrar interesse e se empolgar com as minhas produções.

Agradeço à minha querida família, em especial, à tia Lilian, ao tio Odon e à avó Célia por me darem suporte e confiança durante a realização deste trabalho.

Ao querido Vitor Leandro, agradeço pela paciência, carinho, atenção, companheirismo, amizade e amor durante todo este período. Obrigada por ouvir minhas divagações, reclamações, choros e inquietações. Obrigada pelas leituras realizadas do trabalho e por sempre ter demonstrado interesse em contribuir com o mesmo.

À querida orientadora Christianne Luce Gomes (Chris), minha mãe acadêmica e exemplo profissional, por ter confiado no meu potencial desde o começo, me estimulado a enveredar pelo mundo do lazer, despendido tanta atenção na orientação e em nossas conversas diárias, pela compreensão de meus limites e dificuldades e por ter acreditado no projeto de pesquisa inicialmente proposto por mim que originou esta dissertação.

Ao professor Hélder Ferreira Isayama, agradeço os ricos ensinamentos durante o nosso convívio diário nas disciplinas, no estágio docente, nos grupos de pesquisa e de estudo. Obrigada também por atender os meus pedidos de socorro durante a construção do projeto e pelas contribuições importantes tanto no parecer sobre o projeto de pesquisa, quanto na configuração final da dissertação.

Agradeço à professora Yara Maria de Carvalho (USP), por escrever sobre a temática lazer e saúde, e me apresentar uma reflexão diferente e interessante, sem a qual talvez eu não tivesse pensado neste problema de pesquisa. Agradeço também pelas importantes contribuições no parecer do projeto de pesquisa, bem como pelo carinho demandado na leitura da dissertação final que originou ricas considerações e sugestões sobre a mesma.

Aos professores Alex Fraga e Kátia Borges, agradeço por aceitarem fazer parte deste processo.

Ao professor Alexandre Antônio Cardoso da FAFICH/UFMG, o meu agradecimento pela valorosa ajuda na compreensão da teoria sociológica do funcionalismo, inclusive me aceitando como ouvinte em suas aulas.

Ao professor Renarde Freire Nobre da FAFICH/UFMG, que também me aceitou como ouvinte em suas aulas sem qualquer hesitação.

À querida Natália de Sousa Araújo, grande amiga, pela generosa ajuda nas fases mais difíceis e cansativas da pesquisa.

Aos colegas do Celar Adriano da Silva, Alicia Maricel, Fernanda Cunha, Júnia Cândido, Mariana Torquete, Tatiana de Souza, Ticiane Cruz e Tônia Mól, pela ajuda na transcrição das entrevistas.

Ao amigo e colega de turma, Leonardo Leite por me ouvir com bom humor quando eu mais precisei e pela agradável convivência durante todo este período.

Ao Gilberto Protasio, revisor da dissertação, agradeço pela generosidade em aceitar realizar a leitura atenta de minhas palavras e as correções pertinentes.

Aos colegas do mestrado pelos momentos descontraídos. Em particular, aos colegas da primeira turma do Mestrado em Lazer agradeço pelo aprendizado durante a nossa convivência diária.

Aos colegas da Enfermagem/UFMG e da Medicina/UFMG por dividirem comigo suas experiências sobre a saúde.

Aos professores Francisco Lana da Enfermagem/UFMG e Elza Machado de Melo e Antônio Leite Alves Radicchi da Medicina/UFMG por possibilitarem a minha participação nas disciplinas da pós-graduação.

À Secretária do Mestrado Cinira Veronezi e aos demais funcionários da EEEFTO pela ajuda nos momentos necessários.

Agradeço também aos três Hospitais onde a pesquisa foi desenvolvida e suas respectivas diretorias, que possibilitaram a minha inserção nestes espaços.

Aos funcionários, internados e acompanhantes dos hospitais pesquisados, agradeço pela recepção acolhedora e por compreenderem a necessidade e a importância da minha inserção no local.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) por acreditar no desenvolvimento da pesquisa e pela concessão da bolsa para o Mestrado em Lazer, sem a qual esta pesquisa não seria a mesma.

A todos aqueles que de alguma forma ajudaram no processo de construção desta pesquisa.

Muito Obrigada!

“Somos o que fazemos para transformar o que somos,
a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia”
(Eduardo Galeano)

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender o papel do lazer no contexto hospitalar tendo como referência a realidade dos sujeitos internados. A metodologia combinou pesquisa bibliográfica com pesquisa de campo, sendo esta realizada em unidades de internação de três hospitais de Belo Horizonte: um hospital público, um particular e um de ensino. Na pesquisa de campo os dados foram coletados por meio de observações e entrevistas semi-estruturadas com 30 voluntários, compreendendo sujeitos internados, acompanhantes e profissionais de saúde. Os dados foram analisados qualitativamente através da análise iterativa. Os resultados evidenciaram que a “abordagem funcionalista do lazer” não é um desdobramento da teoria funcionalista e não é pertinente ao contexto estudado, não tendo implicações no desenvolvimento do lazer em hospitais. A rotina da internação e as relações estabelecidas pelos internados com os sujeitos do hospital interferem na saúde e no lazer dos mesmos. Vários entendimentos e manifestações de lazer foram identificados. Constatou-se que o lazer pode contribuir como um recurso para recuperação, tratamento e enfrentamento da internação, podendo melhorar a condição de saúde dos sujeitos internados. O papel do lazer no hospital relaciona-se a funções compensatórias e utilitaristas importantes para a condição dos internados, sendo perceptíveis suas contribuições para o descanso, o relaxamento, a meditação, a recuperação do desgaste emocional relacionado ao tratamento, a redução da dor e do sofrimento, do tédio, o alívio do estresse e da ansiedade e até mesmo para a “ocupação” do tempo. Identificou-se também que o lazer pode cumprir funções de estímulo a ampliação da rede de relacionamentos, ao desenvolvimento da criatividade, da capacidade de questionamento, de reflexão, de expressão dos sentimentos, de aprendizados como a educação das sensibilidades, possibilitando o contato com novas experiências através da difusão de conteúdos e práticas culturais junto aos sujeitos, entre outras possibilidades.

Palavras-Chave: lazer, saúde, hospital, internados.

ABSTRACT

This research intended to understand the leisure role in the hospital context according to the hospitalized subjects reality. The methodology combined bibliography and field research, being the second performed in internment units of three hospitals of Belo Horizonte city: a public, a private and a teaching one. In the field research data were collected through observations and semi-structured interviews with 30 volunteers, comprehending hospitalized subjects, accompanying and health professionals of these hospitals. The data were analyzed qualitatively through the iterative analysis. The results showed that the “leisure functionalist approach” is not a functionalist theory extension and is not relevant to the studied context, having no implications to the leisure development in hospitals. The hospital routine and the relations established between the hospitalized subjects and other subjects interfere in their health and leisure. Several understandings and expressions of leisure were identified. It was found that leisure can contribute as a resource for recovery, treatment and coping with hospitalization and can improve the health status of hospitalized subjects. The leisure role in the hospital is related to compensatory and utilitarian functions relevant to the hospitalized subjects condition, with discernible contributions for rest, relaxation, meditation, recovery of the emotional fatigue related to treatment, pain and suffering reduction, boredom, stress and anxiety relief and even for time "occupation". It was also found that leisure can perform functions of encouraging the expansion of the network of relationships, the development of creativity, the ability of questioning, reflection, expression of feelings, of learning as through the education of sensitivity, allowing the contact with new experiences through the dissemination of content and cultural practices among the subjects, among other possibilities.

Key-words: Leisure, health, hospital, hospitalized subjects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Modelo 1	176
-----------------------	------------

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA.....	19
OBJETIVOS DA PESQUISA.....	21
O PERCURSO METODOLÓGICO	22
Pesquisa Bibliográfica	22
Pesquisa de Campo	23
<i>Definição das instituições investigadas.....</i>	<i>23</i>
<i>Participantes da pesquisa.....</i>	<i>27</i>
<i>Observação.....</i>	<i>29</i>
<i>Entrevista.....</i>	<i>31</i>
Análise de dados.....	314
CAPÍTULO 1 – SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE:	
INTERFACES COM A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	37
1.1 Saúde e doença: Concepções	38
1.2 Promoção da Saúde: Fatores relacionados	42
CAPÍTULO 2 – A “ABORDAGEM FUNCIONALISTA DO LAZER” E SUAS	
RELAÇÕES COM O HOSPITAL.....	47
2.1 Funcionalismo: A perspectiva das funções.....	48
2.2 Concepções Contemporâneas de Funcionalismo: Críticas à mudança	53
2.3 As críticas à “abordagem funcionalista do lazer” nos estudos brasileiros	57
2.4 O lazer e suas funções nas instituições hospitalares	61
CAPÍTULO 3 – A REALIDADE HOSPITALAR.....	69
3.1 Raio-X das instituições	69
3.1.1 <i>Hospital Particular.....</i>	<i>70</i>
3.1.2 <i>Hospital de Ensino.....</i>	<i>73</i>
3.1.3 <i>Hospital Público</i>	<i>75</i>
3.2 A rotina e suas interferências no cotidiano dos internados	78
3.3 O controle dos internados pelo hospital	87
3.4 As relações interpessoais: Em pauta, a convivência	93
3.5 Os espaços do hospital externos ao quarto e a apropriação	
pelos internados: O corredor	101

3.6 O relógio e o tempo no hospital	111
CAPÍTULO 4 – O LAZER NOS HOSPITAIS	120
4.1 Entendimento de lazer dos voluntários e o papel do lazer no hospital	120
4.2 O internado e o lazer no hospital	133
4.3 Manifestações de lazer encontradas no hospital	137
4.4 A televisão como vivência de lazer no hospital	147
4.5 As visitas como momento de lazer no hospital	153
4.6 Possibilidades para o lazer no hospital	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	191
APÊNDICE 1 – Folha de Esclarecimentos para a Instituição Hospitalar	192
APÊNDICE 2 – Folha Anexa a Carta de Esclarecimentos aos Hospitais	193
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Voluntários	194
APÊNDICE 4 – Roteiros das Entrevistas Semi-Estruturadas	195

INTRODUÇÃO

A presente dissertação do Programa de Mestrado em Lazer da Universidade Federal de Minas Gerais tem como objeto de estudos o papel do lazer no contexto hospitalar, enfocando, especificamente, a questão dos internados¹. A pesquisa foi construída partindo do entendimento de que o lazer tem influência na constituição dos sujeitos e interfere na sua condição de vida e de saúde.

Neste estudo, procurou-se compreender o lazer dialeticamente, enquanto fenômeno que possui ambigüidades, contradições e complexidades no âmbito em que é vivido. Para tal, optou-se por adotar uma concepção que colocasse em evidência alguns elementos que poderiam colaborar com reflexões sobre o tema em hospitais. Pensando nisso, foi adotado o olhar de Gomes (2004, p.125), que entende o lazer como

uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo.

Na Constituição de 1988, o lazer foi mencionado como um fenômeno importante para a vida das pessoas (BRASIL, 1988). Mais especificamente, o papel ocupado pelo lazer na saúde foi explicitado pelo Governo brasileiro em diferentes documentos e leis. Em 1990, por exemplo, o lazer foi mencionado no artigo 3º da Lei nº. 8.080, como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). A recente Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b) é outro exemplo importante. Nela o lazer foi claramente reconhecido como um fator interveniente na saúde dos indivíduos, ou seja, como um dos condicionantes da saúde.

O reconhecimento da relevância do lazer acima explicitado representa, juntamente com o entendimento abrangente de saúde, uma abertura de precedentes para que o lazer seja legitimamente compreendido como um dos determinantes da saúde. De acordo com a visão ampliada², a saúde engloba diversos aspectos que não estão vinculados somente com a dimensão biológica do corpo físico, mas também com a social, cultural, mental, afetiva, espiritual e psicológica.

¹ Consideram-se como internados aqueles que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas (BRASIL, 2002b).

² Nesta dissertação, a visão ampliada de saúde engloba tudo o que corresponda a uma visão de saúde que não se restrinja à doença em si.

Diversos autores atribuem importância a estes variados aspectos que compõem os sujeitos, não se limitando somente à visão orgânica do corpo. Na literatura sobre o tema, o lazer é frequentemente citado como um dos fatores determinantes da saúde. Contudo, não existem muitos aprofundamentos sobre o lazer e sobre as consequências de sua inserção nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2002a, 2005b; BUSS, 2000; SÍCOLE; NASCIMENTO, 2003; WHO, 1986). Neste sentido, são escassas as discussões sobre o lazer e, mais especificamente, sobre o lazer em hospitais, como possibilidade de intervenção neste contexto. A exceção mais comumente encontrada diz respeito à discussão intensamente desenvolvida, neste âmbito, sobre um dos campos de interesses do lazer³, que focaliza a atividade física ou o exercício físico.

No campo de estudos do lazer, a escassez nas discussões sobre a temática *lazer, saúde e hospital* também foi constatada. No entanto, são encontradas reflexões sobre as contribuições potenciais do desenvolvimento de vivências de lazer para ressignificar o hospital e o tempo vivido neste âmbito (ALMEIDA *et al.*, 2001; SOARES, 2001; MOREIRA, 2001; LIMA *et al.*, 2007a; LIMA *et al.*, 2007b; GARCIAS; ISAYAMA, 2007).

A discussão da relação do lazer com a saúde legitima o desenvolvimento do tema dentro do hospital. Em nossa sociedade, o contexto hospitalar é comumente visto como o lugar onde as relações entre a doença e a saúde estão mais evidentes. Nele são reconhecidas as contradições referentes à concepção de saúde teoricamente adotada, em relação àquela verificada na intervenção diária. Assim, a rotina de intervenção hospitalar é bastante restrita (PALMA, 2000; CARVALHO, 2005), uma vez que se detém muito mais nas questões da doença do que nas questões da saúde (CAMPOS, 2006).

Para fazer um levantamento de pesquisas anteriores sobre o objeto aqui investigado, foram considerados estudos que trataram de articular o lazer, a saúde, o hospital e temas afins, como recreação, brincar, brincadeira e lúdico. Este levantamento revelou, assim, a realização de reflexões que englobaram a importância da vivência lúdica de manifestações culturais no tempo/espaço hospitalar, por parte de sujeitos de diferentes faixas etárias e condições de saúde. A seguir, a discussão se desenvolverá com base em alguns dos estudos que exploraram o tema.

³ Os campos de interesses do lazer são categorias criadas para caracterizar as diferentes vivências, conforme o interesse principal desencadeador da busca dos indivíduos em cada manifestação cultural. Esses campos variam conforme o autor, mas, geralmente, são enfatizadas cinco categorias: interesses manuais, intelectuais, artísticos, físico-esportivos e sociais (DUMAZEDIER, 1976). Camargo (1986) acrescentou a essa classificação o campo dos interesses turísticos. Esses seis campos de interesses culturais são os mais difundidos nos estudos sobre o lazer.

Fonseca e colaboradores (2006) investigaram questões relacionadas à musicoterapia, uma terapia que contribui na humanização dos cuidados em saúde. Segundo eles, a musicoterapia é uma forma inovadora, criativa e simples para alívio da dor, tratamento de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais. Além de contribuir para a cura, esta terapia facilita processos de interação interpessoal como o profissional-usuário, contribui na aprendizagem e proporciona na instituição hospitalar a instauração de um clima agradável.

Os autores Mitre e Gomes (2007) afirmam que o brincar é utilizado como uma estratégia de intervenção no campo da saúde. Dentre os usos do brincar, são identificadas algumas práticas que utilizam a recreação sem maiores preocupações na repercussão dessas ações no estado geral da criança e outras que se ancoram numa abordagem terapêutica.

Carvalho (2003) relaciona o lúdico ao processo terapêutico. A autora destaca a importância do lúdico para a intervenção do Terapeuta Ocupacional (T.O.), que o utiliza como instrumento para realizar, por exemplo, avaliações que possibilitem o tratamento.

Na situação terapêutica, o “paciente” produz imagens como meio de expressão e alívio de tensões. O terapeuta faz uma leitura sem considerar qualidades artísticas, de modo que a arte é um elemento facilitador de comunicação sem linguagem própria. Assim, no universo médico-psicológico do contexto hospitalar, a questão terapêutica é uma necessidade dos profissionais de saúde (MASETTI, 2003).

Em breve relato sobre um programa municipal de Recreação Hospitalar Infantil em Curitiba, Lançoni (2006) afirma o objetivo de entreter as crianças hospitalizadas, amenizando a situação de internamento. Para a autora, as estratégias lúdicas e o toque previnem atrasos no desenvolvimento da criança, revertendo a depressão, a apatia e a agitação psicomotora.

Pagotto e Silva (2006) afirmam que a recreação hospitalar tem sido valorizada como um complemento ao tratamento da saúde das pessoas, principalmente das crianças.

Como Ferreti e Souza (2004) asseguram, a recreação hospitalar pode e deve auxiliar no restabelecimento da saúde das pessoas, proporcionando momentos de lazer, vivências prazerosas e estimulando o esquecimento dos “*sintomas da doença, do ambiente hospitalar e da saudade dos familiares*” (p.257).

As mesmas autoras sustentam que a atividade lúdica constitui uma forma de ocupar os internos durante o tratamento, diminuindo a dor e amenizando os sintomas das doenças (FERRETI; SOUZA, 2004).

Goulart e Morais (2000), ao relatarem a sua experiência com crianças junto ao projeto “Lendo e Escrevendo no Hospital Universitário Regional de Maringá”, tratam a

brincadeira como um instrumento capaz de possibilitar a comunicação, por esta ser um tipo de linguagem que pode auxiliar na superação de dificuldades decorrentes de situações estressantes dos hospitais. Segundo as autoras, a proposta do projeto era possibilitar às crianças hospitalizadas a participação nas diferentes brincadeiras que promovessem o desenvolvimento da linguagem, das normas sociais, do pensamento divergente e da solução de problemas.

No relato desenvolvido por Almeida e colaboradores (2001) sobre um projeto de extensão universitária, observa-se que a ocupação do tempo proporcionada pela vivência de atividades lúdicas no contexto hospitalar permeava as intervenções realizadas com as crianças atendidas. Para muitos estudiosos do campo do lazer, esse papel desempenhado pelo lazer é criticado por estar vinculado à chamada “abordagem funcionalista do lazer” (GOMES, 2006; MARCELLINO, 1987, 2002; PADILHA, 2000, 2002, 2003; RECHIA, 2006; ZINGONI, 2002).

Alguns dos estudos anteriormente citados demonstram um tipo de enfoque visto, em geral, como restrito, instrumental, utilitário e compensatório por críticos da “abordagem funcionalista do lazer”. Quando abordam o alívio de tensões, a amenização do desconforto psicológico provocado pela internação, e no uso da brincadeira como instrumento de comunicação, estes estudos utilizam e até mesmo justificam o lazer como instrumento para alcançar objetivos diversos da própria vivência. Desta forma, são conferidas ao lazer funções como esquecer, ocupar, superar, amenizar, diminuir e entreter, dentre outras.

Esta forma de abordar o lazer tornou-se alvo de muitas críticas tecidas por estudiosos do campo. Como evidenciam os estudos aqui reunidos, diversos autores vêem o lazer destacando, principalmente, suas funções de descanso e diversão, como sendo assimilador de tensões, válvula de escape e recuperador da força produtiva. Essa visão é criticada, em geral, porque reforça a sustentação das injustiças sociais e a manutenção do sistema vigente, desviando-se das mudanças – como afirmam, por exemplo, Marcellino (1987) e Padilha (2003).

Pensando nestas críticas dominantes no campo do lazer, a discussão sobre a chamada “abordagem funcionalista do lazer” – de extrema importância para este campo de estudos – com o passar do tempo tornou-se um paradigma, ou como Khun (1997) esclarece, tornou-se um modelo ou padrão aceito que não precisa explicar todos os fatos com os quais pode ser confrontado.

O caráter paradigmático em torno desta discussão ocorre pela escassez ou inexistência de novos posicionamentos na literatura sobre o “lazer funcionalista” apresentado

por Marcellino (1987). As pesquisas que se propõem de alguma forma a discutir esta abordagem, geralmente, analisam de forma aprofundada manifestações culturais de lazer consideradas “funcionalistas”, partindo do entendimento consensual sobre o significado da “abordagem funcionalista do lazer” (MARCELLINO, 1987). Assim, estes autores raramente se detêm na discussão do significado da “abordagem funcionalista do lazer”, focalizando com maior ímpeto as características particulares do equipamento ou da vivência de lazer que possibilitam ou não o seu enquadramento como “funcionalista”.

Entende-se que ainda são necessárias mais discussões a respeito da chamada “abordagem funcionalista do lazer”, principalmente, tratando-se do contexto hospitalar, que é bem distinto dos demais contextos geralmente considerados na literatura sobre o lazer.

Compreende-se que estudar o papel do lazer em hospitais, articulando as contribuições da literatura com a realidade dos sujeitos sociais⁴ inseridos neste contexto, é um tema bastante complexo, por isso, questiona-se: *No contexto hospitalar, a chamada “abordagem funcionalista do lazer” é pertinente? Quais as implicações dessa abordagem no desenvolvimento de uma proposta de lazer em hospitais? Quais as peculiaridades da internação hospitalar? Como o cotidiano da internação interfere na saúde e nas vivências de lazer dos sujeitos internados? Enfim, considerando esta realidade como um campo para a atuação profissional, qual o papel do lazer para sujeitos internados em hospitais?*

Estas indagações refletem a necessidade de se impulsionar o diálogo do lazer com a saúde em hospitais, contexto pouco pesquisado na perspectiva aqui enfocada. Assim, o diálogo pode e deve ser realizado, a fim de contribuir para o desenvolvimento de outros olhares sobre o lazer em hospitais. Neste sentido, torna-se necessário compreender o papel do lazer no contexto hospitalar enfocando, especificamente, a questão dos internados.

⁴ Neste estudo, a expressão “sujeitos sociais” refere-se aos profissionais da saúde humana, pessoas internadas e seus acompanhantes, que foram os indivíduos voluntários, conforme será apresentado na Metodologia.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Na busca por trabalhos acadêmicos em bibliotecas e *sites* da internet, verificou-se a escassez de estudos que aprofundassem a temática *lazer e saúde* como um todo, inclusive no que diz respeito às suas relações com o hospital. De um modo geral, foram encontrados relatos de experiências de intervenções de lazer no espaço hospitalar, como ressaltado anteriormente, mas sem um aprofundamento sobre as complexidades, limitações e possibilidades do lazer neste âmbito (GOULART; MORAIS, 2000; FERRETI; SOUZA, 2004; LANÇONI, 2006; PAGOTTO; SILVA, 2006).

A problematização da temática mencionada e suas interfaces com o contexto hospitalar é fundamental para que avanços possam acontecer no sentido de desmistificar entendimentos consolidados e de repensar algumas posturas. Afinal, com a justificativa da saúde, a instituição hospitalar, historicamente, tem sido permeada pelo enfoque na doença (CAMPOS, 2006). Pensando no conceito de saúde ampliado, que preconiza uma atenção mais integral à saúde dos internados, é necessário desvelar possibilidades de o hospital abrigar mais do que o processo curativo técnico e tradicional.⁵

Quanto ao aprofundamento sobre a “abordagem funcionalista do lazer”, a literatura sobre o tema tem criticado bastante aqueles que adotam ou reforçam esta postura. No entanto, as críticas realizadas não se detêm ao contexto hospitalar em particular, que não pode ser igualado aos ambientes do trabalho com o qual os críticos dessa abordagem geralmente dialogam mais. Sendo assim, é importante pensar esta abordagem relacionada ao hospital, não só como uma forma de produzir novos conhecimentos para o campo do lazer, mas como uma forma de contribuir para o desenvolvimento de intervenções de lazer consistentes, qualificadas e adequadas à realidade deste contexto.

Assim, pesquisar o lazer em hospitais pode fornecer elementos que tornem possível conhecer, explorar, desenvolver e difundir possibilidades de atuação profissional nesses estabelecimentos. A questão da atuação profissional em lazer vem crescendo mediante diversos projetos criados e desenvolvidos em hospitais nos últimos anos. Esses projetos e seus relatos evidenciam a necessidade do desenvolvimento de estudos que contribuam para a evolução de uma discussão sobre o lazer no espaço hospitalar e para o estabelecimento de

⁵ É claro que essa transformação não será simples ou rápida. Contudo, acredita-se que seja importante vislumbrar a mudança nos serviços hospitalares.

novos olhares acerca deste fenômeno. A ampliação do olhar de profissionais de diversas áreas pode contribuir para a efetivação de uma relação multidisciplinar e interdisciplinar dentro do hospital e para que o papel do lazer seja pensado e repensado nessa instituição. Nesse sentido, a compreensão não só dos profissionais, mas dos sujeitos presentes neste contexto é importante para verificar particularidades sobre a ação hospitalar, as quais também podem colaborar com a promoção de políticas e propostas de inserção do lazer nos hospitais. Esse ganho coletivo justifica o desenvolvimento da presente investigação junto à linha de pesquisa “Lazer, formação e atuação profissional”, do Mestrado em Lazer.

Finalmente, ao pesquisar as possibilidades de lazer no contexto hospitalar salienta-se que essa discussão ainda é pouco desenvolvida e não realizada neste âmbito, o que aumenta a relevância desta pesquisa no sentido de trazer contribuições e esclarecimentos para que se aprofundem conhecimentos sobre a temática.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender o papel do lazer no contexto hospitalar tendo como referência a realidade dos sujeitos internados.

Para alcançar esta meta, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a pertinência e as implicações da “abordagem funcionalista do lazer” para o contexto hospitalar;
- Compreender peculiaridades da internação, verificando suas interferências na saúde e nas vivências de lazer dos sujeitos internados.

Considerando estes objetivos, o estudo aqui proposto teve um percurso metodológico traçado para o mesmo, que será exposto a seguir.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo une a pesquisa bibliográfica com a pesquisa de campo, conforme será apresentado nos tópicos que se seguem.

Pesquisa Bibliográfica

Considerando que se buscou investigar e compreender o papel do lazer no contexto hospitalar, a pesquisa bibliográfica que acompanhou a investigação possibilitou uma fundamentação sobre as temáticas “funcionalismo”, “lazer”, “contexto hospitalar” e “saúde”, que constituíram as bases do problema e da metodologia da pesquisa.

O estudo sobre o funcionalismo, enquanto corrente teórica da Sociologia, permitiu o acesso a conhecimentos fundamentais para rever alguns aspectos da chamada “abordagem funcionalista do lazer”. De maneira semelhante, compreender as implicações dessa “abordagem” no contexto hospitalar exigiu um entendimento ampliado sobre a temática “saúde”. Além disso, buscar fundamentos sobre o lazer foi essencial para aprimorar as relações deste fenômeno com o funcionalismo, o hospital e a saúde, articulações presentes nesta dissertação. Este referencial foi sistematizado nos dois primeiros capítulos da dissertação, sendo ampliado no decorrer da pesquisa bibliográfica, encarregada de auxiliar a busca de subsídios para a discussão dos resultados encontrados na coleta de dados.

Nesse processo, foi importante que a pesquisa bibliográfica ocorresse paralelamente ao desenvolvimento de toda a pesquisa, seguindo desse modo o modelo conforme destacado por Sampieri, Collado e Lucio (2003). Dessa maneira foram identificadas, consultadas e analisadas publicações acadêmicas sobre as temáticas em foco, tais como livros, artigos científicos, trabalhos apresentados em congressos, entre outros. Esta bibliografia foi proveniente, majoritariamente, de bibliotecas da UFMG e de bases de dados *on-line*, muitas delas inseridas no Portal Capes.

Vários caminhos poderiam ser seguidos para a realização desta pesquisa, mas, neste estudo, optou-se por operacionalizar a busca de respostas, definindo previamente quatro categorias norteadoras de análise para compreender o papel do lazer no contexto hospitalar:

tempo, espaço, atitude e manifestações culturais. Essas categorias foram consideradas como ponto de partida para orientar a coleta de dados, servindo de referenciais para identificar aspectos mais expressivos daquela realidade. Os percursos metodológicos da pesquisa de campo serão detalhados a seguir.

Pesquisa de Campo

Investigação de campo é uma expressão freqüentemente utilizada por pesquisadores da Antropologia e Sociologia. Sua utilização se deve ao fato de que os dados deste tipo de pesquisa são normalmente recolhidos no campo, em contraste com os estudos conduzidos em laboratório ou em outros locais controlados pelo investigador (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Desta forma os ambientes naturais são o objeto de estudo dos investigadores, que entram no mundo dos sujeitos neles presentes para tentar aprender algo com eles (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Para os antropólogos, a pesquisa de campo é sinônimo de coleta de dados usando métodos de observação, enquanto, para os sociólogos, o termo é também usado para referir dados obtidos através de realização de inquéritos (BURGESS, 2001).

Esta pesquisa envolveu tanto estratégias de observação, quanto entrevistas. Em consonância com o que Quivy e Campenhoudt (2003) esclarecem, foram estudados, nestas duas fases da pesquisa de campo, componentes típicos dos hospitais, mas não representativos de sua realidade generalizada. Todo o processo de construção metodológica relacionado a estas duas estratégias de pesquisa e a pesquisa de campo como um todo se encontram esboçados a seguir.

Definição das instituições investigadas

Na pesquisa de campo, os dados foram coletados em três hospitais de Belo Horizonte, pertencentes a segmentos distintos. Essa opção buscou favorecer uma melhor compreensão do objeto investigado, através da maior diversificação dos perfis de hospitais, pois a verificação de possíveis particularidades de diferentes realidades hospitalares poderia ter implicações diferenciadas para a pesquisa. Retirados de um documento instituído pelas

autoridades governamentais responsáveis pela saúde no Brasil (BRASIL, 1985), estes segmentos foram os seguintes:

- a) Hospital de ensino → hospital que, além de prestar assistência sanitária à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos;
- b) Hospital público → hospital que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado);
- c) Hospital particular ou privado → hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público. Neste grupo foram considerados hospitais beneficentes e filantrópicos.

Inicialmente, foi feita uma triagem de todos os hospitais de Belo Horizonte, tendo em vista identificar aqueles que se inseriam em um dos três segmentos acima. Nesta fase da pesquisa o universo foi composto por todos os hospitais que atendiam a essa categorização desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Para obter informações sobre os hospitais da cidade, foram realizados contatos com a Associação de Hospitais de Minas Gerais e com a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Foi solicitada uma lista dos hospitais de Belo Horizonte contendo nome, endereço completo, telefone, nome do responsável pela instituição e, se possível, dados adicionais como o segmento a que a instituição pertencia (hospital escola ou de ensino, privado ou particular e público), número de internações mensais, detalhamento das unidades de internação, tipo de profissionais da saúde atuantes. Ao todo, considerando-se todos os hospitais das duas listas recebidas, conseguiram-se os dados de referência de 87 instituições.

Depois de recebida a documentação solicitada, foi realizado contato telefônico com cada instituição hospitalar para confirmação das informações contidas na lista. Após esse procedimento, foi feito um contato formal com a administração dos hospitais através de uma carta de esclarecimentos (Apêndice 1) contendo informações básicas sobre os objetivos, a metodologia e outros dados da pesquisa. Foram remetidas cartas a 75 instituições.

Junto com a carta, foi enviada uma folha anexa (Apêndice 2) com algumas questões a serem respondidas pelas instituições, as quais deveriam ser encaminhadas junto com a confirmação da disponibilidade para a realização do estudo em suas dependências⁶.

⁶ Essa disponibilidade não significava uma anuência formal das instituições, mas sim uma possibilidade de desenvolvimento do estudo nas dependências do hospital após a avaliação dessa instituição. Neste momento do

Quando necessário e solicitado pela instituição hospitalar, foram fornecidas informações adicionais sobre a pesquisa e os procedimentos metodológicos. O tempo estipulado para a espera do retorno formal das instituições foi de um mês após a previsão dos correios para a entrega das correspondências nos destinos. Vencido este prazo, foram consideradas como instituições integrantes da triagem apenas aquelas que responderam à carta enviada, o que correspondeu a 8 instituições, sendo três públicas, quatro particulares e 5 de ensino.⁷

Após retorno formal por parte da administração dos hospitais contatados, as instituições a serem pesquisadas foram definidas com base nos seguintes critérios: 1) existência de setores específicos para a internação com possibilidade da permanência de um acompanhante no local, pois estes sujeitos são considerados parte da amostra da pesquisa; 2) atendimento a pessoas de diversas faixas etárias, pois a pesquisa não foi focada em uma fase específica da vida; 3) porte do hospital, em termos do contingente de pessoas atendidas, pois quanto maior este contingente maior a possibilidade de diversidade de sujeitos e de relações constituídas com o lazer; 4) anuência formal para a realização da pesquisa; 5) existência de alguma ação relacionada ao lazer.

Este último critério foi estabelecido devido aos indícios da existência de ações de lazer em vários hospitais de Belo Horizonte (PINTO, 2006). No entanto, para a triagem final dos hospitais onde seria desenvolvida esta pesquisa, levou-se em consideração as instituições com intervenções de lazer, denominadas formalmente de “projetos de lazer”, aquelas com abordagens afins e até mesmo os hospitais que declararam não desenvolver nenhum projeto ou ação relacionada com o lazer. Essa opção se deu, partindo do pressuposto de que, em qualquer instituição, poder-se-ia refletir sobre possibilidades de desenvolvimento do lazer em hospitais de forma coerente com os discursos presentes na produção científica da área da saúde.⁸

A coleta de dados só foi iniciada após apreciação e aprovação do Projeto de Pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) pelos Comitês de Ética em Pesquisa dos hospitais de ensino e público, e também pela diretoria do hospital particular. A coleta de dados nos três hospitais ocorreu de acordo com a ordem da concessão de anuência dessas instituições, para a realização da pesquisa em suas dependências.

estudo, a triagem foi realizada com base nas respostas enviadas pelos hospitais, que diziam respeito aos critérios de escolha das instituições de pesquisa. Isso foi explicitado na carta enviada às instituições.

⁷ Uma mesma instituição muitas vezes possuía características referentes a mais de um segmento hospitalar. Neste caso, a instituição foi agrupada em mais de um segmento.

⁸ Dos três hospitais participantes da pesquisa, somente o hospital particular declarou não possuir projeto de lazer.

Assim, os dados foram coletados no período de 14/07/2008 a 11/08/2008, no hospital particular; de 18/08/2008 a 05/09/2008, no hospital de ensino e de 15/09/2008 a 14/10/2008, no hospital público. O número médio de dias de coleta foi de 19 por hospital, variando de 15 a 23 dias.

Visitas prévias foram realizadas em cada hospital para planejar o início da coleta de dados. Estas visitas, apesar de curtas, constituíram parte do diário de campo, uma vez que, por terem sido um contato inicial com a instituição, estimularam diversas reflexões.

No hospital particular, primeira instituição onde a coleta de dados ocorreu, foram realizadas duas reuniões de discussão antes do início da pesquisa de campo. A primeira reunião foi desenvolvida com a diretoria do hospital e, neste momento, foram acertados detalhes para a entrada no hospital, sobre questões éticas e também sobre o comportamento da pesquisadora na instituição, a fim de possibilitar uma melhor adequação à política institucional. Além disso, foram esclarecidas dúvidas dos diretores sobre a pesquisa e da pesquisadora, sobre a instituição a ser investigada. A segunda reunião ocorreu com a enfermeira responsável pela unidade de internação onde a coleta de dados se daria. Nela foram esclarecidas dúvidas de ambas as partes sobre o hospital e a pesquisa. Também foram realizados os últimos acertos para o início da coleta como, por exemplo, a apresentação da pesquisadora aos funcionários e a introdução ao campo pesquisado.

No hospital de ensino também foram realizadas algumas visitas, a fim de acertar aspectos referentes à coleta de dados em suas dependências, como a questão da entrada na instituição, da roupa a ser utilizada, do período de coleta de dados, entre outras.

Por último, no hospital público foram realizadas algumas conversas informais com a profissional de saúde responsável pelas ações da pesquisadora nas dependências da instituição, de acordo com o Conselho de Ética da mesma. Nestas reuniões foram discutidas questões referentes ao procedimento de coleta de dados e a inserção da pesquisadora na área da internação. Além disso, foram esclarecidas questões técnicas relacionadas à entrada e saída da pesquisadora da instituição.

As unidades de internação a serem observadas foram selecionadas para a coleta de dados através de sorteio. A escolha por estudar um único local dentro de cada hospital baseia-se nas considerações de Burgess (2001), que afirma ser esta a melhor forma de concentrar-se no ritmo social, no tipo de acontecimentos e comportamentos esperados, assim como nas crises que ocorrem.

Participantes da pesquisa

Constituíram a amostra do estudo indivíduos voluntários vinculados a um dos três grupos específicos do contexto hospitalar: profissionais da saúde, internados e seus acompanhantes. A seguir está a justificativa para a definição desses grupos de participantes.

Os profissionais da *saúde humana*⁹ inseridos diretamente em hospitais foi um segmento selecionado por ter condições de apontar a existência de demandas, entraves e ações articuladas em relação ao lazer no âmbito destas instituições, por conhecerem bem a organização da instituição, por terem formação de ensino superior na área da saúde e por possuírem uma abordagem diferenciada do processo de cura, já que se encontram menos envolvidos do ponto de vista emocional, o que potencializa a sua análise. Em cada instituição hospitalar foi entrevistado, também, um técnico de enfermagem, pois foi constatado que este possui um contato permanente e intenso com os internados, podendo apresentar uma visão mais detalhada sobre o problema investigado e os aspectos que compõem a internação, o que contribuiu bastante para se discutir o papel do lazer no âmbito hospitalar.

Os internados em condições para participar voluntariamente da pesquisa foram selecionados para participar do estudo por fornecerem ricas contribuições para a compreensão do problema, uma vez que vivenciam a internação hospitalar, situação-foco da investigação.

Acompanhantes que convivem com as realidades dos profissionais da saúde e dos internados, simultaneamente, foram selecionados por poderem trazer um olhar diferenciado e enriquecedor para a questão do lazer no contexto hospitalar. Este grupo não passa pelo processo de tratamento, mas acompanha grande parte da realidade dos internados e também dos profissionais de saúde. Estes foram selecionados para participar da pesquisa como voluntários, desde que atendessem aos seguintes critérios: a) contato com internados do local da pesquisa; b) maior frequência no local da pesquisa; c) concordar em ser voluntário da pesquisa, ter disponibilidade para participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os técnicos de enfermagem também foram selecionados para participar da pesquisa como voluntários, desde que atendessem aos seguintes critérios: a) tempo de trabalho na unidade de internação ou no hospital onde a pesquisa foi desenvolvida, o que

⁹ Neste trabalho são considerados profissionais de saúde de nível superior, aqueles relacionados pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. São eles os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (HADDAD, 2006).

representava um possível contato maior com a realidade dos internados e b) concordar em ser voluntário da pesquisa, ter disponibilidade para participar do estudo e assinar o TCLE.

Os critérios estabelecidos para a seleção dos internados participantes da pesquisa foram: 1) estar internado há mais tempo ininterruptamente nas unidades onde a pesquisa foi desenvolvida, uma vez que o tempo de internação influencia o grau de percepção da instituição e da própria situação de internação, até mesmo em decorrência da evolução do tratamento, já que, muitas vezes, no início da hospitalização, o internado sofre de forma mais aguda as consequências da patologia ou do procedimento ao qual foi/está sendo submetido; 2) apresentar quadro clínico menos grave, com ausência ou pouca dor e evidência de pouco cansaço, segundo avaliação informal da pesquisadora e dos profissionais de saúde que tivessem contato direto com o indivíduo; 3) ter condições físicas e mentais de participar da entrevista, sendo capaz de compreender perguntas e de se comunicar verbalmente de forma clara e coerente e 4) concordar em ser voluntário da pesquisa e assinar o TCLE.

Nesta pesquisa não foi estabelecido um número mínimo de dias de internação para que os internados pudessem ser voluntários, uma vez que o estudo foi desenvolvido em três hospitais distintos, com diferentes organizações dos trabalhos e da unidade de internação (por patologias, gênero, convênio, etc). Assim, buscou-se sempre em cada instituição obter o depoimento dos internados com hospitalização mais prolongada, o que no geral correspondeu a um período médio de 17 dias, variando entre 7 e 36 dias de internação.

Os acompanhantes também foram selecionados para participar da pesquisa como voluntários, desde que atendessem os seguintes critérios: 1) acompanhantes mais freqüentes dos internados entrevistados; 2) acompanhantes mais freqüentes dos internados hospitalizados por um período mais prolongado no hospital, mesmo que os internados acompanhados não tenham participado da pesquisa e 3) concordar em ser voluntário da pesquisa, ter disponibilidade de tempo para participar da realização da entrevista e assinar o TCLE.

No hospital de ensino e no hospital público havia regras para o acompanhamento, de modo que só possuíam acompanhantes aqueles internados menores de 18 anos e maiores de 60 anos. No caso do hospital público, as visitas ocorriam em períodos restritos de uma hora, à tarde, e uma hora, à noite. No entanto, no caso do hospital de ensino, como as visitas ocorriam em um período mais estendido, que ia das 11:00 h até 20:00 h, os visitantes que passavam o dia com o internado, só não permanecendo no período da noite, também foram considerados acompanhantes e, portanto, fizeram parte da seleção de voluntários. Estas pessoas e situações foram consideradas na observação desenvolvida nas unidades de internação, juntamente com os demais grupos de entrevistados, o que será abordado a seguir.

Observação

“A observação nada mais é do que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano” (GIL, 1994, p.104). Tomando-se por base estas considerações, a observação foi um importante instrumento de coleta de dados nas unidades de internação. A participação e integração da pesquisadora na rotina hospitalar possibilitaram maior compreensão das particularidades deste ambiente (LAVILLE; DIONNE, 1999). As categorias escolhidas foram importantes para compreender as interfaces das características próprias dessa instituição com as questões relacionadas ao lazer dos sujeitos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), os métodos de “observação directa” incidem sobre os comportamentos dos atores e os captam de forma única em si mesmos e no momento em que eles se produzem, sem a mediação de um documento ou testemunho. Assim, o investigador pode atentar para o aparecimento ou a transformação dos comportamentos, os efeitos que eles produzem e os contextos em que são observados, como a ordenação de um espaço ou a disposição dos móveis de um local, que cristalizam sistemas de comunicação e de hierarquia.

As vantagens da observação englobam a espontaneidade e a autenticidade relativa dos acontecimentos, que dificilmente podem ser distorcidos ou omitidos como pode ocorrer no caso das palavras e dos escritos (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2003). Para os autores, isso ocorre em decorrência das particularidades da observação, que prevê a *“análise do não verbal e daquilo que se revela como condutas instituídas e códigos de comportamento, a relação com o corpo, os modos de vida e os traços culturais, a organização espacial dos grupos e da sociedade, etc”* (p.198).

Sobre isso, Gil (1994) acredita que, como na observação os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, as subjetividades tendem a ser reduzidas.

Nesta pesquisa utilizou-se a observação participante, uma forma de observação onde o investigador participa enquanto simultaneamente observa, desenvolvendo relações com os informantes de forma a que alguma compreensão do seu mundo possa ser conseguida. De acordo com este modelo, o investigador observa os acontecimentos, causando a menor disrupção possível na situação social e tentando ganhar a confiança, além de estabelecer relações capazes de o envolver no ambiente social (BURGESS, 2001).

Assim, na observação participante o *“observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados”* (CICOUREL, 1990, p.89).

Neste sentido, a participação dentro do hospital se deu através de conversas informais, durante o período de observação, com as pessoas que faziam parte da rotina das alas investigadas. Estas conversas eram relacionadas à pesquisa ou a assuntos diversos, por meio dos quais também era possível conhecer um pouco mais os indivíduos presentes nas unidades de internação.

Além disso, a observação foi individual, ou seja, realizada por apenas um observador e assistemática (GRESSLER, 2003). Assim, se decidiu delimitar os aspectos do lazer a serem observados, a partir da identificação das características do fenômeno encontrado no hospital após o início da pesquisa de campo. O mesmo ocorreu com a questão do desenvolvimento da pesquisa junto aos indivíduos adultos e com a discussão do funcionalismo, que foram componentes pouco encontrados na pesquisa bibliográfica. De certa forma, a observação inicial para a posterior formulação destes aspectos foi importante por constituir o caráter exploratório do estudo.

Tentou-se observar o contexto em termos de possíveis relações do hospital com o lazer. Estas relações poderiam se dar no tempo presente ou no futuro, como uma possibilidade de inserção de propostas de lazer no local.

Em relação aos registros, a organização de notas sobre o que era observado foi feita em um caderno. O registro era realizado longe da presença dos sujeitos, conforme as recomendações de Bodgan e Biklen (1994). As idéias referentes às notas eram desenvolvidas de forma completa após o período de observação, em outro local (BODGAN; BIKLEN, 1994; QUIVY; CAMPENHOUDT, 2003). Assim, durante a observação foi uma prática comum a anotação, em locais reservados, de tópicos ou frases que ajudassem a lembrar, ao final do dia, o que havia sido observado.

O registro das observações foi realizado de forma estruturada por dia de observação, onde era apontado o tempo de início e término das sessões. As notas do diário procuraram retratar com detalhes o que era observado; isto incluía descrições físicas, descrições de situações e de informantes, detalhes de conversações e relatos de acontecimentos (BODGAN; BIKLEN, 1994). Mesclados com a descrição do que foi observado, foram sendo colocados os comentários da pesquisadora, devidamente identificados no diário de campo (BURGESS, 2001). Estes comentários continham sentimentos, problemas, idéias, palpites, impressões e especulações do observador (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Foi decidido que, na primeira semana de coleta de dados em cada hospital, a observação duraria o dia inteiro (manhã e tarde, noite se necessário), a fim de identificar a rotina da instituição e definir posteriormente o tempo, o período do dia e a frequência das

observações. Após este período inicial, foi escolhido um dos períodos do dia para a continuação da observação, sendo que, quando necessário, a observação se estendia por outros períodos. Acredita-se que essa decisão interferiu na constituição de uma relação mais próxima com os profissionais do hospital (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Bodgan e Biklen (1994) tratam da necessidade de algumas instituições ganharem algo em troca pela concessão de anuência para a realização da pesquisa em suas dependências. Como uma das instituições questionou sobre isso, foi decidido que os três hospitais participantes do estudo receberiam o convite para assistirem a defesa da dissertação e, caso tivessem interesse, receberiam uma cópia da versão final da dissertação, podendo agendar um encontro com as pesquisadoras responsáveis pela investigação para uma explanação final sobre os resultados obtidos.

Para realizar a pesquisa nas dependências do hospital de ensino e do hospital público, foi solicitado o uso de um jaleco branco, como forma de proteção do pesquisador e dos internados. Foi perceptível como esta roupa fez com que a pesquisadora se tornasse uma referência para os profissionais, internados e acompanhantes dos hospitais como uma profissional da saúde da instituição.

A segunda semana de observação foi escolhida como período para a iniciação das entrevistas com os profissionais da área da saúde humana, internados e acompanhantes voluntários da pesquisa vinculados às alas hospitalares observadas. A primeira semana de observação contribuiu para repensar o roteiro semi-estruturado de entrevista. Além disso, a semana inicial de observação era um período de adaptação e compreensão da pesquisadora a respeito do contexto da instituição. Apesar da estipulação de, no mínimo, uma semana de observação antes do início das entrevistas, nem todos os hospitais tiveram as entrevistas iniciadas neste período, sendo estas realizadas na semana seguinte.

Entrevista

Zago (2003) trata da relação inseparável entre a entrevista e a observação. A autora afirma que a entrevista possui uma função de complementaridade das informações e de ampliação dos ângulos de observação. Assim, as informações captadas por meio da observação participante foram fundamentais para enriquecer os dados coletados através das entrevistas e para a maior compreensão do contexto hospitalar.

Além disso, o fato de haver um contato prévio da pesquisadora com os sujeitos voluntários da pesquisa trouxe maiores possibilidades de reflexão, durante os depoimentos, e

de construção de novas questões para as entrevistas, na medida em que fosse necessário. Isso foi possível, pois vivenciar a realidade hospitalar permitia maior compreensão da dinâmica da instituição e de suas características, bem como do comportamento dos sujeitos nesse contexto.

O objetivo de fazer entrevistas com pessoas integrantes do contexto hospitalar foi compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados (LAKATOS; MARCONI, 2007). Para essa compreensão recolheram-se dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, que poderiam permitir o desenvolvimento intuitivo de uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretavam determinados aspectos (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Estas entrevistas consistiram em uma conversa orientada com o propósito de obter informações sobre o assunto da pesquisa. A opção metodológica pelas entrevistas foi feita pensando no caráter flexível que estas possuem, já que o entrevistador possui autonomia para instigar o voluntário a fornecer informações mais completas e claras sobre o que foi perguntado (GRESSLER, 2003).

Além disso, levou-se em consideração que, segundo Zago (2003) as entrevistas expressam realidades, sentimentos e cumplicidades que um instrumento com respostas padronizadas poderia ocultar. Por isso, ao conduzir uma entrevista, tentou-se ao máximo instaurar uma situação de interação, não fazendo perguntas como se fosse um questionário, flexibilizando questões conforme o assunto trazido pelo voluntário e criando novas perguntas de acordo com a necessidade de entendimento do assunto.

O tipo de entrevista escolhida foi a semi-estruturada, que segundo Gressler (2003), é construída em torno de um corpo de questões do qual o entrevistador parte para uma exploração em profundidade.

Assim, foram realizadas perguntas pertencentes a roteiros semi-estruturados (Apêndice 4), que eram adaptados com novas questões conforme as respostas de cada voluntário, as dúvidas que elas suscitavam e os esclarecimentos que elas demandavam.

Os roteiros para cada grupo de voluntários foram preparados para extrair informações detalhadas a respeito dos internados, não sendo abordadas questões acerca de acompanhantes de internados ou de profissionais de saúde.

No caso deste estudo, os roteiros semi-estruturados para os internados visavam voluntários conscientes, comunicativos e participantes do meio, com certa autonomia e com um grau de atitude psicológica frente às situações vivenciadas, ainda que estivessem acamados. Durante a coleta de dados pretendeu-se entrevistar os internados e os seus respectivos acompanhantes. No entanto, somente em alguns casos esta possibilidade foi concretizada. Em relação aos acompanhantes, os critérios utilizados para definição dos

voluntários não excluía aqueles que acompanhavam internados incapazes de falar, porque, mesmo nestes casos, a comunicação destes atores era possível através de gestos, expressões faciais e olhares, não comprometendo a percepção do acompanhante.

As entrevistas com internados foram realizadas mediante a autorização dos voluntários e dos médicos ou enfermeiros responsáveis, no próprio hospital, em locais como os quartos da unidade de internação e outros espaços mais reservados. Os horários escolhidos para o desenvolvimento das entrevistas levaram em consideração os procedimentos diários de tratamento, como consultas médicas, exames, higiene pessoal, alimentação, lazer, sendo que os internados foram consultados e puderam opinar sobre o melhor horário. No caso de profissionais da saúde e acompanhantes de internados, as entrevistas ocorreram nos horários em que estes demonstraram disponibilidade.

Como Quivy e Campenhoudt (2003) ressaltam, o pesquisador que utiliza a entrevista para coletar dados não pode entrevistar muito mais do que algumas dezenas de pessoas. Assim, como se intentou aprofundar qualitativamente as entrevistas, optou-se por realizá-las com menos sujeitos por segmento, conforme sugere Zago (2003). Neste estudo foram planejadas entrevistas com três profissionais da saúde, um técnico de enfermagem, três internados e três acompanhantes mais frequentes desses internados em cada um dos hospitais do estudo – um total de 30 entrevistas¹⁰.

Foi feita uma negociação junto aos voluntários para a utilização de gravador na captação dos depoimentos. O uso deste equipamento foi adotado conforme considerações de Zago (2003), o qual afirma que a gravação do material permite maior liberdade ao pesquisador, na condução das questões, no estabelecimento da relação de interlocução e no avanço da problematização. Com a concordância dos entrevistados, todos os depoimentos foram gravados. Esses registros auxiliaram a organização e análise dos resultados pelo acesso a um material mais completo do que as anotações poderiam oferecer e ainda por permitir escutar novamente as entrevistas, reexaminando o conteúdo.

Conforme Lakatos e Marconi (2007) ressaltam, um termo de consentimento livre e esclarecido possui informações sobre o interesse, a utilidade, o objetivo, os riscos, benefícios e o compromisso do anonimato da pesquisa. Antes das entrevistas, os voluntários

¹⁰ Apesar desse estabelecimento prévio, uma entrevista com um internado do hospital público e outra com uma acompanhante do hospital de ensino foram substituídas por uma nova entrevista complementar com outro voluntário da mesma categoria presente na unidade de internação. Os motivos para as substituições foram problemas de incompreensão da linguagem e do tema da pesquisa, a verbalização confusa e a desmotivação do voluntário no decorrer da entrevista. Além disso, a chegada de visitas no local no momento da realização da entrevista também contribuiu para isso.

leram e assinaram o TCLE (Apêndice 3), conforme recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), tendo recebido uma cópia do documento.

As entrevistas gravadas foram utilizadas apenas nesta pesquisa. Somente os pesquisadores do Centro de Estudos em Lazer e Recreação – CELAR/UFMG envolvidos neste estudo tiveram acesso às informações obtidas, mantendo-se o anonimato não apenas dos depoentes, mas também dos hospitais pesquisados.

Na transcrição das entrevistas foi feita uma literalização. Porém, os vícios de linguagem, as palavras repetidas e os assuntos realmente irrelevantes que não comprometiam o entendimento dos depoimentos foram eliminados.¹¹

Após cada entrevista foi feito no caderno de campo um registro das observações mais relevantes que não podiam ser captadas pelo gravador, como expressões faciais e gestuais, olhares, características do voluntário e do local, condições de realização da entrevista e acontecimentos durante o processo.

Os trechos dos depoimentos dos entrevistados foram identificados conforme a letra inicial referente ao segmento ao qual pertenciam – internado (I), acompanhante (A). No caso do segmento dos profissionais de saúde, optou-se por identificá-los com a letra inicial da profissão que desempenhavam no hospital – Médico (M), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (T), Fisioterapeuta (F). A estas letras foram acrescentados números que correspondiam à ordem cronológica de realização das entrevistas com pessoas daquele segmento, por exemplo: I1, I2, I3. Os trechos destes depoimentos foram destacados no decorrer dos capítulos três e quatro.

Análise de Dados

Os aspectos mais expressivos da realidade hospitalar foram identificados no decorrer da coleta, seguindo a idéia de modelo misto de Laville e Dionne (1999). De acordo com este modelo, as categorias são selecionadas antes do início da coleta de dados, de acordo com conhecimentos do pesquisador. No entanto, são permitidas modificações das categorias, em função de resultados encontrados durante as análises e interpretações dos dados que possam trazer contribuições significativas para a pesquisa. Estas modificações podem incluir, por exemplo, o acréscimo de novas categorias e a eliminação de categorias existentes.

¹¹ Devido ao grande volume de material referente às entrevistas utilizadas na análise de dados, não foi possível anexá-las nesta dissertação.

Na pesquisa de campo as categorias previamente selecionadas para se compreender o papel do lazer no contexto hospitalar, enfocando a realidade dos sujeitos internados, foram *tempo, espaço, atitude e manifestações culturais*. No decorrer da coleta e da análise de dados, elas serviram de referência especialmente para a coleta de dados por meio da observação, sendo que outros aspectos importantes para a compreensão do objeto estudado foram identificados no decorrer do processo, como será apresentado nos capítulos referentes à pesquisa de campo.

Os dados registrados no caderno foram relidos e selecionados de acordo com a sua importância para compreensão do perfil da instituição, do cotidiano da internação hospitalar e do lazer neste contexto. Ressalte-se que, nesta pesquisa, procurou-se considerar os fatores que interferiam ou poderiam interferir no desenvolvimento de propostas de lazer neste âmbito. O mesmo processo ocorreu para a análise das entrevistas. Todas as entrevistas transcritas foram lidas e analisadas de acordo com a importância dos dados para a compreensão do objeto estudado.

Os dados coletados foram interpretados qualitativamente, recebendo um tratamento no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 2004a). A análise qualitativa objetiva menos a generalização e mais o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2004b).

Nesse sentido, a análise e interpretação qualitativa seguiram a estratégia denominada *construção iterativa de uma explicação*, que não supõe a presença prévia de um ponto de vista teórico. Todo o processo de análise e interpretação ocorreu de forma iterativa, ou seja, procurou-se elaborar, pouco a pouco, uma explicação lógica do fenômeno ou da situação; ambos foram estudados com base nos temas encontrados, relacionados às categorias utilizadas, conforme recomendam Laville e Dionne (1999). Conforme ressaltado anteriormente, a continuidade da pesquisa bibliográfica foi imprescindível para fundamentar a discussão dos dados coletados.

Este percurso metodológico apresentado originou o trabalho que se segue. Considerando que o hospital é, na sociedade, uma instituição onde as pessoas anseiam por tratamentos e curas para as suas doenças, ou seja, buscam saúde, torna-se fundamental para a compreensão do contexto hospitalar esclarecer o entendimento de saúde. Nesse sentido, essa foi a tônica do primeiro capítulo desta dissertação, onde se tentou compreender não só os diversos entendimentos de saúde, mas também o porquê do enfoque desta pesquisa ter se dado na relação do lazer com a saúde em hospitais. Assim, esta discussão exigiu um estudo sobre a

promoção da saúde, uma vez que estas idéias são imprescindíveis para a compreensão da importância da inserção do lazer no contexto hospitalar.

No segundo capítulo da dissertação, o desafio proposto foi discutir a teoria funcionalista baseada em autores do campo da sociologia pertencentes a esta corrente de pensamento, e seus críticos. No mesmo capítulo fez-se um esforço para abordar na discussão as críticas voltadas para a “abordagem funcionalista do lazer” dentro deste campo de estudos, tentando esclarecer as relações entre a teoria funcionalista e esta abordagem.

No terceiro e quarto capítulos, foram apresentados os resultados da pesquisa de campo, que envolveu entrevistas e observações nos hospitais, discutidos à luz de alguns dos apontamentos apresentados nos dois primeiros capítulos e de novas questões surgidas durante a análise dos dados, focando as categorias consideradas relevantes para se compreender o papel do lazer no contexto hospitalar, bem como a pertinência e as implicações da “abordagem funcionalista do lazer” neste âmbito.

Assim, o terceiro capítulo busca discutir as características do contexto hospitalar como a rotina, a organização do tempo e espaço, a convivência entre os atores hospitalares, os sentimentos dos internados diante da internação, entre outros aspectos.

Já o quarto capítulo se detém na discussão do lazer propriamente dito. Neste sentido, nesse momento são discutidos os entendimentos de lazer dos voluntários, as manifestações de lazer encontradas e suas características, sendo focalizadas em especial o ato de assistir televisão e as visitas, as funções assumidas pelo lazer dentro do hospital e as possibilidades de viabilização de projetos de lazer para internados.

Por último, nas considerações finais desta pesquisa são ressaltados os resultados mais relevantes encontrados e as perspectivas para outros estudos relacionados a essa temática.

CAPÍTULO 1

SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERFACES COM A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Pensar as relações do lazer com a saúde no contexto hospitalar é uma tarefa complexa. A temática é muito ampla, uma vez que, com ênfase tanto no lazer quanto na saúde, podem ser abordados aspectos como os espaços, as políticas, os conceitos, a formação e a atuação dos profissionais, dentre outros.

Após uma busca por artigos de periódicos e livros em bibliotecas e bases de dados virtuais, de um modo geral, pode-se dizer que a discussão sobre o lazer em instituições hospitalares é incipiente. Diante disso, parece importante compreender a dinâmica de funcionamento do hospital, para então se pensar em discutir o papel do lazer neste contexto.

Neste capítulo discutem-se algumas das diversas abordagens conceituais sobre saúde. Procurou-se descobrir na literatura as questões que permeiam o campo da saúde, muitas delas historicamente ligadas à Medicina.

Ressaltam-se algumas questões muito discutidas na saúde e muito caras para estabelecer conexões com o lazer. É possível acreditar que essa discussão seja preponderante para a afirmação definitiva do lazer como um componente fundamental da saúde dos indivíduos.

Assim, um dos pontos abordados está intimamente relacionado aos determinantes da saúde, abrindo um importante espaço de discussão sobre as interferências das diversas facetas da vida, nos contextos diários dos indivíduos e suas conseqüências para a saúde.

Caminhou-se também para a discussão de uma instituição social, escolhida como contexto do presente estudo, onde o foco na saúde fica muito evidente: o hospital. Procurou-se colocar os posicionamentos da literatura sobre esta instituição e também contextualizá-los com a situação dos internados. Neste processo, ressaltem-se os relatos de autores que ajudam a pensar e a relacionar o lazer e a saúde no contexto hospitalar.

Também se pretende com este capítulo contribuir para que o valor do lazer possa ser ampliado dentro deste contexto, a fim de que este ocupe o seu lugar de importância nas discussões acadêmicas e políticas da área da saúde.

1.1 Saúde e doença: Concepções

As concepções e práticas predominantes historicamente na área da saúde fundamentaram-se na sua relação com a doença (CARVALHO, 2001). Desse modo, nos dias atuais, dificilmente se consegue analisar o quadro de saúde de um indivíduo sem considerar as doenças que este possui.

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

O fato de a Medicina, historicamente preocupada com os fatores biológicos, passar a se concentrar em fatores como o comportamental, citado pelos autores acima, pode indicar alguns encaminhamentos importantes para uma compreensão mais ampliada de saúde. No entanto, estabelecer a normalidade como fim é um entendimento ainda confuso, pois não é clara a definição do que deve ser considerado normal ou não.

Assim, de acordo com Canguilhem (1990), a normalidade tem a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com as condições individuais, sendo que o limite entre o normal e o patológico é algo bastante impreciso. Do mesmo modo, uma saúde perfeita contínua é um fato anormal.

Através das idéias ressaltadas por Canguilhem (1990), pode-se perceber que as individualidades e coletividades constituem fatores influenciadores da saúde. Portanto, é importante compreender que a doença e a saúde fazem parte da vida, alternando suas predominâncias normalmente.

No entanto, as noções de risco e de responsabilidade pessoal são empregadas em constante associação, de modo a gerar, quando generalizada, uma relação não apenas de causalidade, mas uma acepção moral, indicando uma falha de comportamento, que potencialmente culpabiliza, ou até mesmo, criminaliza as pessoas que se deixam enfermar. Aparece aqui o individualismo liberal que insinua que cada indivíduo é responsável pelo seu estado de saúde e pelas enfermidades que o acometem (NOGUEIRA, 2003).

A tarefa assumida pela Medicina de prevenir, corrigir ou reprimir comportamentos considerados “desviantes da normalidade” passou a ser chamada na literatura por *medicalização*, a partir das idéias de Illich (1975). O autor conceituou-a como a invasão pela Medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual, sendo que

cada etapa da vida humana passou a ser objeto de cuidados médicos específicos, independentemente de haver ou não sintomas mórbidos.

Neste contexto, a crítica feita por Illich (1975) à medicalização se refere ao fato de esta ser inútil, custosa e prejudicial do ponto de vista do bem-estar individual. Para o autor, a intervenção técnica no organismo retira do “paciente” características comumente designadas pela palavra saúde. Além disso, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara de uma sociedade destrutiva, sendo que o aparelho biomédico, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente o sistema. A proliferação dos profissionais de saúde, mais precisamente dos médicos é mal vista, porque, segundo o autor, estes produzem dependência. Esta tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem.

Desse modo, do ponto de vista da medicalização *“a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma seqüência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico”* (ILLICH, 1975, p.57).

Sobre essa tendência medicalizante, também denominada modelo biomédico, Canguilhem (1990, p.96) apresenta uma visão particular sobre a Medicina. Para ele *“a medicina (sic) existe como arte da vida, porque o vivente humano considera como patológicos certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são aprendidos sob forma de valores negativos”*.

Assim, o mesmo autor acredita que a doença deve ser vista como uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas como um fato diminutivo ou multiplicativo. Por esta perspectiva, a doença não é uma variação da dimensão da saúde, mas uma nova dimensão da vida (CANGUILHEM, 1990).

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

Ao contrário dessa visão abrangente de Carvalho (2005), a perspectiva histórica de compreensão da saúde estabelece, de acordo com Palma (2000), que as doenças decorrem de determinismos biológicos, de modo que a ausência de doenças torna-se o “marcador” da

saúde e o foco é centrado no indivíduo. Este entendimento contribui para análises reducionistas.

Parece razoável acreditar que o reducionismo deste enfoque se dá, primeiro, porque não só os fatores biológicos são os causadores de doenças. Muitos outros fatores contribuem para esse processo, como será visto adiante. Além disso, a saúde não deve ser determinada pela existência, ou não, de doenças, pois muitas pessoas consideradas “sãs” encontram-se, na verdade, muito doentes do ponto de vista de uma concepção de saúde ampliada. Por último, o reducionismo se dá, também, pela exclusão da interferência dos fatores coletivos e independentes da ação individual na saúde. Isso resulta na culpabilização do indivíduo por sua própria saúde e na atribuição de uma responsabilidade exagerada pelo adoecimento que, na verdade, não é só do indivíduo, mas também do coletivo.

Singer, Campos e Oliveira (1988) enfatizam o problema de se generalizar o entendimento de saúde como ausência de doenças, ao revelarem que a fronteira entre saúde e doença é pouco nítida. Os autores esclarecem que muitas vezes aqueles que são afetados por uma enfermidade crônica nem sempre se tornam debilitados ou inválidos. Ao contrário, convivem muito bem com a doença, que só se torna um impedimento quando em estágio avançado de evolução.

De modo geral, o que se procura esclarecer é que a saúde da população depende das relações do ser humano com os meios natural e social. O primeiro é entendido não só como externo ao homem, mas também interno, representado pelo organismo; o segundo molda a atitude do indivíduo face aos sinais de alteração orgânica que lhe são perceptíveis (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA., 1988).

Canguilhem (1990) vai ainda mais longe no seu entendimento de doença e saúde. O autor é adepto da teoria de que a doença ou o patológico nada mais são do que uma variação do que é considerado normal. Na doença podem ser notados aspectos que na normalidade são muito sutis e irreconhecíveis. Assim, sob esta perspectiva, o estado de saúde e o estado de doença não são diferentes.

De acordo com Rivero (2003), a definição de saúde incorporada em 1948 na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), na verdade foi formulada em 1946 por Andrija Stampar, um croata pioneiro da saúde pública. Para Stampar, a saúde era um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade.

Este conceito representou um avanço para a época, visto que se ampliou a visão de saúde para além do corpo físico. No entanto, no decorrer dos anos, esse conceito foi alvo

de críticas por ser considerado irreal, ultrapassado e pouco operacional.

Segundo os críticos, a utilização da expressão “completo bem-estar” impossibilita a pessoa de alcançar a saúde, já que a perfeição não é definível e talvez nem seja possível. Outro aspecto criticado é o destaque realizado entre físico, mental e social, como se estes pudessem se dar de forma separada (SEGRE; FERRAZ, 1997).

No entanto, é razoável crer que persistam essas críticas, pois a OMS ainda utiliza este conceito, de 1948, como base do entendimento e das ações de saúde adotadas por esta organização.

De fato, naquela época havia outros conceitos de saúde que traziam visões mais abrangentes. Como exemplo, cite-se Canguilhem (1990) que em 1943, antes de Stampar, já havia elaborado uma definição de saúde, demonstrando uma visão avançada para a época. Canguilhem (1990) compreendia a saúde como “*a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual*” (p.158) ou “*uma margem de tolerância às infidelidades do meio*” (p.159). As infidelidades do meio eram entendidas como os acidentes possíveis que originavam as instituições precárias, as convenções revogáveis, as modas efêmeras, os seres e acontecimentos que modificavam as leis da ciência, entre outros. Nesse sentido, para o autor, ter saúde significava ultrapassar a norma que define o normal momentâneo e instituir normas novas em situações novas, ou seja, agir e reagir, adoecer e se recuperar, e não simplesmente a ausência da doença. Desse modo, fica claro que, para o autor “*a ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde*” (p.261).

A produção nacional pode trazer mais contribuições para o entendimento de saúde. Um conceito já superado, porém relevante para a história da saúde no país, foi o elaborado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986:

Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987, p.4)

Neste documento, a saúde foi relacionada com a história do indivíduo, levando em consideração sua relação com a sociedade. Como resultado, dois anos depois, em 1988, observou-se as influências da VIII Conferência, na formulação da Constituição Federal do Brasil: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso*

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, Art. 196).

A partir deste período, com o estímulo legal do documento governamental associado ao estímulo moral que a conferência proporcionou ao campo da saúde, muitos autores passaram a discutir ações dentro da visão ampliada de saúde, algo que, durante todo o período da ditadura militar, iniciada em 1964, foi impossível de ser amplamente realizado.

Buss (2000, p.167) é um autor que pensa a saúde de uma forma ampliada. Ele afirma que a saúde depende de

[...] um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Em Carvalho (1997, 2001) a visão ampliada de saúde também fica clara, ao se pensar no homem como ser político-cidadão e ético-profissional. Para a autora, este pensamento leva a perceber que a saúde resulta de possibilidades que abrangem o suprimento das necessidades humanas, ou seja, o conjunto de condições que viabilizam a vida e a existência digna como as condições de vida, de modo geral, e, em particular, o acesso ao trabalho, aos serviços de saúde, à moradia, à alimentação e ao lazer.

Talvez por causa desses múltiplos fatores de saúde, Raya (2000) assevere que “*as ciências sociais salvam mais vidas do que as ciências médicas*”. Em países como o Brasil, as desigualdades na distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente, dentre outros fatores sociais, têm um papel muito importante nas condições de vida e de saúde. Aliás, como alegou Buss (2000), de um modo geral os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações dos indicadores básicos de saúde e o desenvolvimento humano.

1.2 Promoção da Saúde: Fatores relacionados

A prevenção e a promoção da saúde, além da melhoria das condições de vida em geral, foram os maiores responsáveis pelos avanços das últimas décadas, em termos de saúde (BUSS, 2000).

Nogueira (2003) se refere a prevenção e promoção tendo como base a medicina. O autor afirma que, nos anos recentes, a Medicina Preventiva alcançou notável popularidade e sucesso através da Medicina Promotora, que concentra esforços na utilização de uma infraestrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos, fazendo da noção de risco em saúde o foco central. Assim, a Medicina Promotora busca promover novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico, cuja figura passa a ser vista como dispensável.

Nenhum radicalismo pode trazer contribuições para esta discussão. Assim, a promoção deve envolver novas atitudes perante a saúde, mas sem negar a importância do médico neste processo. Essas novas atitudes incluem reconhecer a importância de outros profissionais da saúde que podem e devem se envolver na promoção da saúde da população de forma enriquecedora. Por isso, um dos grupos de voluntários das entrevistas realizadas nos hospitais foi constituído por profissionais de saúde, o que englobava médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e outros.

Ainda sobre a questão da Medicina Preventiva é fundamental esclarecer que ela deu origem à saúde coletiva, na medida em que só a partir das discussões sobre a prevenção pode-se pensar a saúde em perspectivas ampliadas como na de promoção da saúde. De acordo com Tambellini (2003), o discurso da saúde coletiva assume uma prática teórica e opera, contrariamente ao discurso preventivista, uma desbiologização do campo conceitual da Medicina Preventiva, instaurando o domínio de um regime articulado dos conceitos sociais e biológicos.

Exatamente por trabalhar estes conceitos sociais e biológicos, a saúde coletiva promove a redistribuição do conhecimento pelas várias profissões da saúde, e conseqüente redefinição de poderes no interior da área, através da inclusão de uma prática política (TAMBELLINI, 2003).

A partir do relato dessa autora, cabe destacar que, segundo Paim (1995), o conceito ampliado de saúde fundamenta-se na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. O termo se refere ao campo da saúde de produção de conhecimento e intervenção profissional, que orienta os sistemas de saúde; a elaboração de políticas e a construção de modelos de atenção à saúde; a produção de conhecimento relativo aos processos de saúde-doença-intervenção e a produção de práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças (CARVALHO 2005).

Sendo assim, como se pode observar, é uma idéia que engloba a promoção da saúde. Mas o que seria tal promoção? Indica um processo dependente da coletividade e

constitui uma idéia que ganhou grande visibilidade em 1986, ano da *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. A partir das discussões realizadas nesse evento foi criada a Carta de Ottawa, onde a promoção foi entendida como o processo de possibilitar o crescimento do controle dos indivíduos sobre a saúde e sua melhoria. De acordo com o documento da OMS, seria importante que o indivíduo ou grupo fosse capaz de identificar e realizar os seus desejos, satisfazer suas necessidades e mudar ou lidar com o meio ambiente, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1986).

Segundo a interpretação do Ministério da Saúde brasileiro, a promoção da saúde defendida em Ottawa tinha o objetivo de garantir o acesso universal à saúde através do princípio de justiça social (BRASIL, 2002a)¹².

Neste sentido, Buss (2000, p.165) afirma que a *promoção de saúde* constitui

uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

O fato de a promoção da saúde estar presente na *Constituição Federal Brasileira* de 1988 é um avanço para estimular ações neste âmbito, porque promover saúde passou a constituir um direito de todos e um dever do Estado, o que até aquele momento não havia sido assumido como responsabilidade governamental. Um exemplo disso é a posterior consideração dos determinantes sociais da saúde na legislação brasileira em 1990, através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) que diz no Artigo 3º que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.¹³

Apesar do aparente caráter de inovação da idéia de determinantes da saúde, este é um tema levantado há muitos anos no campo da saúde brasileiro. Para exemplificar, Fleury (1997) conta que, em 1979, o *Centro Brasileiro de Saúde Coletiva* – CEBES – falava no

¹² Apesar do objetivo inicial, a carta de Ottawa congregou apenas os países desenvolvidos, pois sua proposta, centrada na idéia de qualidade de vida, era produtiva em formações sociais onde fosse garantido o direito à atenção médica e o acesso ao sistema de saúde. Países como o Brasil foram representados somente em 1992, na *Conferência Internacional de Promoção da Saúde* de Bogotá (BRASIL, 2002a), onde a saúde passou a ser considerada consequência do desenvolvimento econômico e social da região (COOPER; SAYD, 2006).

¹³ Documento não paginado.

reconhecimento do caráter sócio-econômico global das condições de emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.

Assim, a promoção de saúde valoriza mais intensamente determinantes sócio-econômicos, instiga o compromisso político e fomenta as transformações sociais que passam por problemas característicos como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada (BRASIL, 2005b); recebendo o papel de permitir que tais fatores fossem favoráveis à saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Por estar associada a um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, a promoção da saúde implica em ações do Estado (políticas públicas), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação) e das parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla pelos problemas e pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005a, p.186), a promoção é *“uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em Saúde”*. Deste modo, a saúde é definida como produção social de determinação múltipla, sendo que *“Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/doecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, através da conjugação clínica e política, atenção e gestão.”* (p.186).

A criação, em 2006, da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006b) representa a preocupação do poder público brasileiro em desenvolver ações de saúde numa perspectiva ampliada.

Nota-se então a oportunidade de repensar a presença e a importância de diversos fatores para a efetivação da saúde e da promoção da saúde. Dentre estes fatores, ressalte-se o lazer, tema de interesse desta dissertação. Certa confusão pode ser gerada ao refletir-se a respeito das relações existentes entre a promoção da saúde e os hospitais. É certo que a promoção traz ricas contribuições para pensarmos a saúde numa concepção mais ampla, que engloba principalmente a atenção primária. No entanto, ela pode, sim, ser pensada no contexto hospitalar.

Os programas da OMS de promoção da saúde, por exemplo, consideram os hospitais como localidades de intervenção prática. Segundo a organização, a ação nestes locais deve englobar a qualidade dos serviços de médicos e enfermeiros, a constituição de possibilidades de participação para “pacientes” e demais membros da instituição, bem como a constituição de um ambiente físico saudável para todos. Assim, busca-se promover a saúde de “pacientes”, funcionários e da população local. O enfoque da promoção em hospitais vem sendo implementado pela OMS desde 1988, através de uma rede internacional de cooperação que foi desenvolvida a fim de mudar o ambiente físico, a estrutura organizacional, administrativa e gerencial das instituições (WHO, 1998).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde defende a possibilidade da promoção da saúde nos hospitais. Segundo esta entidade, os hospitais representam “[...] *um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde* [...]” (BRASIL, 2005a).

Neste sentido, considerando o lazer como um fator de promoção da saúde e o reconhecimento da inserção desta estratégia de produção da saúde em hospitais, o lazer pode ser, então, inserido no contexto hospitalar.

Ao se focar o hospital, refere-se a uma instituição social que utiliza o modelo biomédico de cuidado da saúde (ESPINHA, 2007), que por ser restrito a determinadas ciências e tecnologias não permite uma visão integral do indivíduo (BARROS, 2002). Sendo assim, as particularidades desta instituição precisam ser discutidas uma vez que interferem diretamente no lazer, especialmente quando as intervenções desenvolvidas neste contexto são “taxadas” de “funcionalistas” ou utilitaristas.

Diante do que foi aqui apontado, é importante discutir as possibilidades de inserção do lazer nos hospitais e as visões de lazer presentes nessas instituições. Neste sentido, a discussão do funcionalismo se faz necessária uma vez que é muito criticada no campo de estudos do lazer no Brasil (GOMES, 2006; MARCELLINO, 1987, 2002; PADILHA, 2000, 2002, 2003; RECHIA, 2006; ZINGONI, 2002). Assim, o próximo capítulo apresentará os fundamentos do funcionalismo, fazendo uma discussão sobre a sua ligação com a chamada “abordagem funcionalista do lazer”. No decorrer do capítulo, também é feita uma discussão sobre as visões de lazer aceitas nas instituições hospitalares e sobre a inserção de práticas deste tipo no contexto hospitalar.

CAPÍTULO 2

A “ABORDAGEM FUNCIONALISTA DO LAZER” E SUAS RELAÇÕES COM O HOSPITAL

A discussão sobre o “lazer funcionalista” é o enfoque principal deste capítulo, uma vez que as críticas de estudiosos brasileiros, direcionadas a esta abordagem do lazer, são numerosas e enfáticas. No entanto, a grande maioria destes críticos (GOMES, 2006; RECHIA, 2006; ZINGONI, 2002) não desenvolve em seus textos uma justificativa fundamentada. Isso acaba não revelando de forma clara quais os problemas acerca desta visão e contribui para o estabelecimento de um “consenso” sobre o assunto, o que é perigoso, pois é possível que nem todos aqueles que partilham das idéias dos críticos da chamada “abordagem funcionalista do lazer” compreendam realmente a essência da análise com a qual concordam.

Pensando nas incertezas existentes quanto à teoria funcionalista, não é claro se a expressão “lazer funcionalista” designa adequadamente o tipo de vivência que ela caracteriza. Por isso, quando o texto estiver se referindo à expressão mais comumente utilizada no campo de estudos do lazer, esta será destacada entre aspas.

Para tentar esclarecer melhor alguns destes aspectos, serão apresentados neste capítulo o que algumas tendências da Sociologia entendem por *funcionalismo*; quais as bases teóricas dessa corrente sociológica e as discussões sobre este assunto presentes neste campo. Aprofundamentos sobre as discussões referentes à teoria funcionalista parecem fundamentais para o entendimento das raízes originárias da expressão “abordagem funcionalista do lazer”.

Serão também apresentadas as críticas dos estudiosos do lazer a esta visão e suas respectivas justificativas. Procura-se compreender os entendimentos sobre a “abordagem funcionalista do lazer” de forma atenta às suas interfaces com a teoria do funcionalismo, com a qual haveria uma relação de correspondência por causa da semelhança de nomenclaturas. Por último, é desenvolvida a discussão sobre as funções assumidas pelo lazer em hospitais.

Durante a leitura do primeiro tópico, termos variados como *teoria*, *método*, *abordagem*, *visão*, *perspectiva*, dentre outros, aparecerão no capítulo. Estes termos foram empregados em decorrência dos diferentes autores que auxiliam no processo de esclarecimento da teoria funcionalista. Estes autores possuem diferentes formações, abordagens do tema, pontos de vista, contextos históricos, e conseqüentemente, diferentes terminologias para a discussão do assunto.

2.1 Funcionalismo: A perspectiva das funções

Tendo em vista a necessidade de compreender as bases do funcionalismo, ressalta-se a relevância do pensamento de Émile Durkheim. Este sociólogo francês do século XIX é considerado o precursor desta corrente sociológica. Ele procurou explicar os fenômenos sociais a partir da importância conferida à *função* por considerar que, assim como nos organismos vivos, esta é o que permite a sobrevivência da sociedade (GIDDENS, 1994). Nesse sentido, a teoria de Durkheim representou o primeiro passo decisivo na conceituação sociológica de *função social* (FERNANDES, 1953). O desdobramento da preocupação com a *função social* originou a denominação funcionalista, ou mesmo funcionalismo.

Fernandes esclarece, em seu livro *Ensaio sobre o método de interpretação funcionalista na sociologia*, de 1953, que a expressão *função social* recebeu na Sociologia quase tantas definições quantos foram os contextos de pensamento nos quais foi incorporado. Apesar de tantos conceitos, o autor considerava *função* “a contribuição que uma atividade parcial fazia à atividade total de que é parte” (p.32). Desse modo, “[...] a função de um uso social particular é a contribuição que ele traz à vida social total como o funcionamento do sistema social total [...]” (p.32).

Esta ponderação sobre a *função social* não é muito simples de compreender, por isso as considerações de Davis (1959) são válidas. Este autor afirma que o funcionalismo relaciona os segmentos da sociedade uns aos outros e ao todo. Para isso cada parte social é vista como realizadora de *funções*, ou então, compreendida como uma reunião de necessidades ou exigências – seja para toda a sociedade, ou para alguma parte dela.

Os posicionamentos sobre *função* não estavam claros para todos aqueles que pensavam o funcionalismo. Merton, por exemplo, considerava que a palavra *função* possuía um significado obscuro. Este autor esclarece que o sentido de *função* adotado pelos funcionalistas “antropológicos, puros e moderados” se referia à contribuição dos processos vitais ou orgânicos para a sustentação do organismo (MERTON, 1964).

Para Merton estudar a função de uma instituição ou prática social seria analisar a contribuição dessa instituição ou prática para a continuidade da sociedade, ou seja, analisar o papel desempenhado na perpetuação da existência e prosperidade de uma sociedade (GIDDENS, 2005).

Segundo Lallement (2004), Merton trouxe uma renovação aos enfoques funcionalistas que vinham sendo produzidos na Sociologia, pois desenvolveu um ponto de vista crítico a respeito do método funcionalista e propôs novas pistas analíticas.

Uma destas pistas se refere à ideia de disfunção, que considera o fato de que as sociedades complexas oferecem amplas provas de falta de coerência e de fracassos do sistema, de modo que os padrões de comportamento podem ter consequências negativas para a manutenção e operação do sistema (MOORE, 1978).

Assim, de acordo com a perspectiva de Merton, *funções* seriam consequências observadas de práticas ou itens padronizados que viabilizam a adaptação ou ajuste de um determinado sistema, enquanto *disfunções* seriam os fenômenos que atuam contra a adaptação ou o ajuste do sistema (GIDDENS, 2001).

Nesse sentido, um fato ou instituição sociológica pode ter consequências *funcionais*, *disfuncionais* e *afuncionais* (alheias ao sistema estudado) para indivíduos e subgrupos. Contudo, observa-se uma tendência de limitar as observações sociológicas às *funções*, ou seja, às contribuições positivas de uma entidade sociológica para o sistema social ou cultural em que está compreendida. Essa limitação da análise funcional não reflete a realidade, uma vez que estas consequências agem conjuntamente (MERTON, 1964).

Analisando as observações efetuadas por Fernandes (1953) e Davis (1959), verifica-se que, em princípio, o conceito de *função* não possui uma conotação negativa, como os críticos geralmente destacam. De modo geral, ela corresponde à forma como a vida social dos indivíduos se realiza.

Sendo assim, Tiryakian (1978, p.274) esclarece que “[...] *todas as classes sociais da sociedade moderna derivam sua identidade social em termos de sua função social, isto é, em termos de sua contribuição para a colméia societal*”.

Neste contexto, Durkheim usou a analogia orgânica para comparar a atividade da sociedade com a de um organismo vivo. Para o autor, as partes da sociedade se conjugariam em benefício da mesma enquanto um todo, de modo que cada parte desempenharia uma *função* específica, tal como ocorre nos organismos vivos (GIDDENS, 2005).

A ideia de *função* aliada à analogia orgânica tem uma de suas origens no organicismo, uma corrente de pensamento que teve como um de seus representantes mais expressivos o sociólogo Herbert Spencer, cuja obra caracteriza a sociedade de modo a permitir a sua associação semântica à palavra organismo e o recurso constante a conceitos ou a princípios biológicos. Assim, as relações permanentes entre as partes de uma sociedade são análogas às relações constantes que existem entre as partes de um corpo vivo. Dessa forma, o

termo *função* ligava-se à preocupação de assimilar a sociedade ao organismo (FERNANDES, 1953).

Segundo Fernandes (1953), Spencer foi influenciador da teoria elaborada por Durkheim¹⁴ e da matriz das modernas preocupações sociológicas com o funcionalismo.

De acordo com Moore (1978), Durkheim passou a entender que a percepção da realidade emergente dos sistemas sociais se fazia clara na realidade *sui generis* dos fatos sociais, que deveriam ser explicados por outros fatos sociais.

Castro (1978) observa que este posicionamento de Durkheim foi uma resposta à polêmica criada pela analogia de Spencer entre sociedade e seres vivos. Como Spencer declarou que a sociedade era uma espécie de organismo, resultado de elementos diferenciados com *funções* específicas, muitos autores entenderam suas considerações de forma literal¹⁵. Desse modo, acreditava-se poder transportar para a Sociologia as leis mais conhecidas da Biologia aplicáveis aos organismos vivos. Em relação a isso, Durkheim discorda ao afirmar que a Sociologia possui método e leis próprios.

Fernandes (1953) esclarece que “organicistas” como Spencer formularam uma teoria que se revelou infrutífera, no que diz respeito às aplicações da noção de *função*. De acordo com esta teoria, as *funções sociais* eram descritas em termos dos fins realizados pelas instituições, grupos e estruturas sociais, interdependentes entre si, cujo princípio identificado era a integração funcional, onde as partes de uma sociedade seriam unidas por uma relação de dependência tão rigorosa quanto em um corpo vivo.

Para Giddens (2004, 2005), a sociedade é vista pelos funcionalistas como um sistema complexo, cujas partes se conjugam para garantir estabilidade e solidariedade¹⁶ a todos os seus componentes. O autor afirma que

[...] a abordagem funcionalista vê a sociedade como um sistema de partes interligadas que, quando em equilíbrio, funcionam de modo harmonioso para gerar solidariedade social (GIDDENS, 2005, p.115).

¹⁴ Durkheim defendia a analogia como um instrumento preciso para o conhecimento e para a pesquisa científica, que facilitava o entendimento dos sujeitos. Para ele a teoria de Spencer possuía muitas aplicações. No entanto, o fato de Spencer tentar formular uma grande hipótese a respeito da lei de evolução universal, que constituiria a fórmula suprema da vida social, foi criticado por Durkheim. Para ele, quando Spencer se propôs a difícil tarefa de fundar a Sociologia e fazer paralelamente a sua filosofia, ele tomou um caminho que resultaria em algo vago, muito generalizado, que ignora nas sociedades aquilo que nelas existe de propriamente social (CASTRO, 1978).

¹⁵ Moore (1978) defende que o problema de Spencer foi não ter lembrado e enfatizado que uma analogia não era uma equivalência.

¹⁶ O termo solidariedade foi muito usado na sociologia para designar a capacidade dos membros de uma coletividade de agir, junto com os outros, como um sujeito unitário. Na atualidade, não é muito utilizado sendo discutido através de conceitos como integração social, consenso e sistema social (GALLINO, 2005).

A este respeito, Moore (1978) sustenta que o modelo da integração não se ajusta à realidade, pois os seres humanos buscam fins pessoais fazendo com que a ordem se torne algo difícil de ser conseguido. No entanto, a interdependência e o problema da ordem são intrínsecos à condição humana, de modo que certa forma e grau de integração são necessários não só à preservação do sistema, mas à simples sobrevivência biológica. Por isso, a perspectiva de sistemas aponta soluções para o problema da integração.

Durkheim também ressaltou a fragilidade da integração, sendo que para ele a interdependência não assegurava a solidariedade do sistema como um todo. De acordo com esta visão as partes analiticamente distinguíveis de qualquer sociedade ou cultura deviam ser adequadas para o resto do sistema. Essa discussão levantada por Durkheim sobre os problemas da integração e também sua fragilidade, resultou na discussão sobre *anomia*, ou seja, sobre o estado objetivo de falta de regras. O autor reconhecia que os estados de anomia são raros e transitórios, pois uma situação social sem regras seria intolerável (MOORE, 1978).

Além de Durkheim, o funcionalismo possui como seus principais representantes autores como Merton e Parsons, além de Malinowski e Radcliffe-Brown¹⁷ (MINAYO, 2004b).

De acordo com Moore (1978), Parsons considerava de grande importância o problema da integração para a perspectiva dos sistemas. O autor funcionalista admitia a importância de um sistema de valor e de uma ordem normativa como solução para o problema da integração. Contudo, mesmo assim Parsons acreditava que o desvio e os conflitos de interesses e ideologia ocorreriam, do mesmo modo que as próprias normas e valores poderiam não estar plenamente integrados sendo que a mudança poderia ocorrer intrinsecamente ao sistema.

Moore (1978) também aponta que Merton afirmara em um de seus ensaios que o “não-conformismo”, ou o “desvio”, era um problema teórico em relação à integração, colocado dentro da perspectiva funcionalista de sistemas sociais. O desvio não tinha relação com a anomia, pois tanto as metas sociais como os códigos de conduta desviantes eram estipulados por quem contestava as regras. Assim, o desvio não era apenas uma manifestação de desorganização por falta de uniformidade consensual, pois representava uma negação profunda do modelo de integração social.

¹⁷ Apesar de serem considerados teóricos muito importantes do funcionalismo, não serão abordadas aqui as contribuições de Malinowski e Radcliffe-Brown, porque segundo Lallement (2004), suas discussões são mais específicas do campo da Antropologia, do qual eles faziam parte.

De acordo com Merton (1964), mesmo que as análises funcionais tenham se focado na estática das estruturas sociais e não na dinâmica da mudança social, isso não é inerente ao sistema de análise próprio do funcionalismo. O enfoque sobre as *disfunções* e as *funções* permite estimar não só as bases da estabilidade social como também as fontes potenciais de mudança social. Sendo as estruturas sociais historicamente produzidas nota-se que estas estão sofrendo uma mudança perceptível. Fica por se descobrirem as pressões que atuam a favor dos diferentes tipos de mudança (MERTON, 1964).

No entanto, a análise funcional compreende não só o estudo das *funções* das estruturas sociais existentes, como também o estudo das *disfunções* para os indivíduos, subgrupos ou estratos sociais diversamente situados e para a sociedade mais extensa. Quando o conjunto das conseqüências de uma estrutura social é majoritariamente *disfuncional*, é produzida uma forte e insistente pressão para mudança. Sendo assim, na medida em que a análise funcional foca completamente as conseqüências funcionais, inclina-se a uma ideologia ultraconservadora e, na medida em que foca as conseqüências disfuncionais, direciona-se para uma utopia ultraradical (MERTON, 1964).

Reconhecendo que as estruturas sociais mudam constantemente, os analistas funcionais têm que explorar os elementos da estrutura social interdependentes e que com freqüência se apóiam mutuamente. No geral, parece que a maior parte das sociedades estão unificadas até um ponto em que muitos dos seus diferentes elementos estão reciprocamente ajustados (MERTON, 1964).

Segundo Merton (1964), a orientação do funcionalismo de interpretar dados baseando-se nas conseqüências para as grandes estruturas em que estão compreendidos, está presente em todas as ciências do homem, tais como Biologia, Fisiologia, Psicologia, Economia, Direito, Antropologia e Sociologia. O predomínio do ponto de vista funcional não garante por si só o seu valor científico, mas indica que a experiência cumulativa impulsionou esta orientação aos observadores do homem como organismo biológico, ator psicológico, membro de uma sociedade e portador/produtor de cultura. Aprender com os representantes do procedimento analítico nestas disciplinas, freqüentemente mais exatas, não significa adotar suas concepções e técnicas específicas, nem seus limites, padrões e modelos. Também não significa aceitar as analogias e homologias em grande parte não pertinentes que, durante tanto tempo, fascinaram os devotos da Sociologia Organicista. Examinar a estrutura metodológica da investigação biológica não é adotar suas concepções essenciais (MERTON, 1964).

Ao contrário disso, Merton acreditava que o objetivo da análise funcional seria obter um saldo final das conseqüências funcionais que se originariam de um dado item social (GIDDENS, 2001).

Pelo visto, o pensamento de Merton desmistifica a idéia de que a análise funcional se prende somente às questões estáticas das estruturas sociais, podendo ser realizada para estabelecer relações dinâmicas. Isso significa que o funcionalismo também se detém nas questões relacionadas à mudança, uma vez que podem ser analisadas funções e disfunções do sistema social, refutando assim a idéia de que esta abordagem seja conformista e se preocupe com a manutenção do sistema vigente. Ao contrário, a teoria funcionalista não só considera a existência de fatores desviantes na sociedade como também pontua a relevância destes fatores para a mudança social.

É importante esclarecer que a preocupação básica do funcionalismo é conhecer e compreender de forma aprofundada a constituição e o funcionamento dos fatos e das instituições sociais. Isso é considerado fundamental para possíveis mudanças e intervenções.

As idéias de função, integração e estabilidade foram consideradas, em muitas ocasiões, um impedimento para a mudança social e, portanto, um estímulo à manutenção de contradições e conflitos no sistema vigente. No próximo tópico, será abordada a discussão sobre essas críticas, entre outras, encontradas na literatura. Acredita-se que isso seja importante para que não se tenha somente o ponto de vista dos criadores e apoiadores do funcionalismo, mas também de estudiosos que discordaram das idéias desta corrente sociológica de pensamento. Somente conhecendo essas discussões será possível compreender de forma mais abrangente a teoria sociológica do funcionalismo, suas implicações e características.

2.2 Concepções Contemporâneas de Funcionalismo: Críticas à mudança

De acordo com Padilha (2003) e Minayo (2004b), o funcionalismo é uma corrente teórico-metodológica proveniente do positivismo sociológico, que adota uma concepção sistêmica da sociedade, onde cada parte forma o todo social e exerce influência no funcionamento do conjunto da sociedade.

A abordagem funcionalista confere sentido e significado a tudo o que existe, através de mecanismos de controle, para regular as influências eventuais de elementos

externos ou internos. Por isso, nesta abordagem, os conceitos de *função* e de *estrutura* são importantes, já que se considera que os fenômenos sociais possuem causas e funções específicas capazes de manter uma estrutura (PADILHA, 2000; MINAYO, 2004b).

Minayo (2004b) afirma que, de acordo com a teoria funcionalista, as sociedades são totalidades que se constituem como organismos onde cada parte se integra de modo a produzir equilíbrio e estabilidade, através de mecanismos de controle, para regular as influências eventuais de elementos externos ou internos, mantendo assim o *status quo*.

Analizando esta afirmação de Minayo (2004b), percebe-se que, na teoria funcionalista, a sociedade é comparada ao corpo composto por diversas estruturas, com suas conformações próprias, ou seja, os órgãos. Esse corpo é dependente da interação entre estes órgãos, formando sistemas humanos que possuem um funcionamento próprio e permitem a vida do indivíduo. Na sociedade, os órgãos seriam as diversas instituições existentes, com suas características e estruturas particulares. Os sistemas seriam a forma como estas instituições se relacionariam entre si e o funcionamento das mesmas de forma integrada e dependente umas das outras, para que a sociedade pudesse se desenvolver. Contudo, Minayo compreende que a integração social, capaz de produzir equilíbrio e estabilidade, seja um modo de manter o sistema vigente, ainda que este seja maléfico para a sociedade. Do mesmo modo, Giddens (2004) acredita que haja no funcionalismo uma exacerbação do papel de fatores que conduzem à coesão social ou à manutenção da conformação social.

Segundo Giddens (2005), a idéia de estabilidade minimiza as divisões e desigualdades, não realçando o papel de fatores produtores de conflitos e divisão. Além disso, há uma menor ênfase ao papel da ação social criativa nas sociedades que são encaradas como se tivessem necessidades e objetivos, apesar disso só ser possível se aplicado aos seres humanos.

A partir das idéias de Minayo e Giddens, pode-se dizer que é apresentado um ponto de vista incompleto sobre o funcionalismo, pois se critica uma intencionalidade da teoria de manutenção do sistema vigente. Isso não parece procedente, considerando as discussões que os autores funcionalistas fazem, nas quais as tensões sociais e as dinâmicas de mudança são admitidas, como no caso de Merton, que assume a existência e importância da disfunção neste processo, fato que é reconhecido por Giddens (2001).

A análise da disfunção de uma instituição ou prática social seria a análise da contribuição dessa instituição ou prática para a descontinuidade da sociedade, ou seja, para estimular a mudança social. Como Moore (1978) afirma esta noção de disfunção dificilmente

surgiria se o ponto de partida fosse um modelo de integração da consequência necessária à operação e preservação sistêmicas.

É possível que a impressão de uma apologia à coesão social tenha ocorrido devido à idéia apontada anteriormente de que a análise funcional, realizada pelos funcionalistas, seja conservadora. No entanto, não há qualquer indício de que as análises dos funcionalistas tenham tido intenções de manter o *status quo*.

Assim, há controvérsias a respeito destas críticas ao funcionalismo, já que, com o passar dos anos, diversos autores discordaram das críticas a esta teoria, aqui representadas por Giddens (2005), por possivelmente poder indicar alguns juízos de valor ou incompreensões acerca do funcionalismo.

A idéia de que o funcionalismo não lida com a mudança social, porque pressupõe uma sociedade estática integrada, não parece correta para Davis (1959). Segundo o autor, algumas das melhores análises da mudança social vieram dos autores chamados de funcionalistas. Seu ensaio indica que os estudos funcionais permitem compreender intuitivamente os princípios operativos das sociedades existentes e como as estruturas sociais se relacionam. Este tipo de trabalho contribui para trazer um ponto de vista capaz de viabilizar uma interpretação e sobrepõe a idéia de realizar proposições empiricamente comprovadas. Além disso, Davis (1959) ainda acrescenta que os trabalhos destes autores não diferem dos muitos estudos sobre a mudança social realizados pelos críticos do funcionalismo ou por outros autores que não são adeptos desta abordagem.

A esse respeito, Moore (1978) afirma que alguns pesquisadores possuem uma “inocência teórica” ao acreditar serem diferentes dos funcionalistas. De forma involuntária, esses pesquisadores acabam sendo funcionalistas também, pois de um modo ou de outro acabam fazendo análises sociais sobre assuntos diversos, de maneira mais ou menos sistemática, o que é característica do funcionalismo.

Guy Rocher, em sua obra *Talcott Parsons e a sociologia americana* (1976), elucida que não procede a crítica de que Parsons elaborou uma sociologia estática, uma vez que a teoria parsoniana é baseada em processos de interação, redes de trocas, em ações e reações, em perturbações e readaptações constantemente implicadas na ação. Além disso, Parsons reconhece a existência de uma ordem social, mas esclarece que a ordem não é nem aspiração, nem ideal, mas um problema, já que o equilíbrio entre instituição social e consciência individual só se realiza em certa medida.

Assim, apesar de ser identificado como o mais ardente defensor do "consensualismo", Parsons inclui em seu modelo do sistema social, a administração das tensões (MOORE, 1978).

Lallement (2004) ressalta que Parsons criou uma teoria da mudança social. Paixão (1988) complementa esta idéia quando afirma que Parsons é um exemplo de um funcionalista que reconheceu as possibilidades de disrupção da ordem social em qualquer sistema de interação ou de ação coletiva.

Outra crítica à interpretação funcionalista da realidade social abarca a tentativa de explicação dos fenômenos sociais, restrita à descrição e interpretação das relações de coexistência, pois um estado social dado não se determina a si próprio, mas é produzido por um estado social anterior (FERNANDES, 1953).

Para Fernandes (1953), a ambigüidade inerente ao modo de formulação dos problemas suscetíveis de tratamento funcionalista está na impossibilidade de abstrair forma, conteúdo e funcionamento, no estudo sociológico da estrutura social de grande parte dos problemas sociológicos. Assim, nem todos os problemas podem ser estudados através do método de interpretação funcionalista.

O funcionalista Merton também fez críticas à abordagem funcionalista, ressaltando as suas fragilidades. Para ele os esquemas funcionalistas não davam espaço para abordar problemas relacionados ao conflito, ao poder e outros elementos. Pensando exatamente nisso, Merton criou idéias que permitissem considerar os conflitos e as tensões, como no caso da idéia de disfunção, dando uma nova tônica à teoria funcionalista.

Diante de tantas considerações de autores do século XX citados neste capítulo, parece que o funcionalismo enfatizou a investigação criteriosa do funcionamento social, econômico e político da sociedade como um todo, buscando um entendimento capaz de permitir a formulação de estratégias e ações de intervenção voltadas para a solução dos problemas existentes. Além disso, a ênfase no equilíbrio dada pelos funcionalistas, talvez tenha sua raiz na observação de que uma sociedade onde os indivíduos discordam de tudo não funciona, porque há tanta desarmonia e instabilidade que o entendimento não é possível. Para avaliar esta constatação, basta pensar em uma situação constante de guerra ou de revolução causada pela discordância entre os membros de uma sociedade.

Não é intenção deste trabalho fazer uma apologia ao funcionalismo como suposta corrente de pensamento ideal e perfeita, mas sim reconhecer que o pensamento ideológico e científico é complexo. A formulação de teorias não é algo fácil e, exatamente por isso, não deve ser analisada do ponto de vista maniqueísta, que classifica as idéias de autores como

“boas” ou “ruins”. Este tipo de análise foge à realidade da construção do conhecimento, e a produção de novas idéias é influenciada por uma série de aspectos que não podem ser controlados, pois dizem respeito à subjetividade humana. Assim, deve ser reconhecido o fato de que toda teoria possui suas fragilidades. Com o funcionalismo, ocorre o mesmo.

Mesmo havendo fragilidades e diferenças no pensamento dos autores funcionalistas citados, acredita-se que eles tenham sido importantes por terem se debruçado sobre o funcionalismo. Este foco trouxe contribuições para fomentar essa discussão também no âmbito dos estudos do lazer, majoritariamente, através de críticas a esta abordagem. No entanto, é importante refletir um pouco sobre as críticas que são feitas ao funcionalismo, a fim de possibilitar a identificação e o reconhecimento da existência de potencialidades desta teoria para a compreensão do lazer em hospitais, caso elas realmente existam.

2.3 As críticas à “abordagem funcionalista do lazer” nos estudos brasileiros

Diversos autores criticam a chamada “abordagem funcionalista do lazer”. No entanto, como já se afirmou na Introdução desta dissertação, excetuando-se Marcellino (1987) e Padilha (2003), as críticas a esta abordagem costumam ser pouco aprofundadas.

O fato de a maioria desses autores não aprofundar a discussão sobre o funcionalismo não é em si um problema teórico. Cada autor é livre para escolher os seus temas de discussão de acordo com os objetivos que trace em seus textos e pesquisas. Além disso, é importante lembrar que talvez o debate sobre esta temática não tenha ocorrido amplamente, pelo fato de o campo de estudos do lazer ser relativamente novo no Brasil, o que significa uma multiplicidade de temas de pesquisa ainda não explorada. Contudo, a falta de aprofundamento indica que, apesar da crítica à “abordagem funcionalista do lazer” já ser considerada consensual, no campo de estudos do lazer ainda há um potencial a ser explorado sobre o assunto.

Esta constatação é preocupante, na medida em que os entendimentos difundidos sobre a “abordagem funcionalista do lazer”, reproduzidos pela maior parte dos autores que os mencionam (tais como GOMES, 2006; RECHIA, 2006; ZINGONI, 2002), são destituídos de uma compreensão de seus fundamentos e significados, bem como de questionamentos sobre a pertinência ou não dessa teoria. Este fato acaba gerando uma idéia de consenso, sem a ocorrência do debate teoricamente embasado, até mesmo sobre o que seja a teoria do

funcionalismo. Além disso, cria-se também uma frágil polaridade, onde os críticos do funcionalismo se encontram de um lado e, os funcionalistas do outro.

Com base na literatura do lazer, considerá-lo numa “abordagem funcionalista” significa pensá-lo predominantemente como um fenômeno que desempenha a função de contribuir para a estabilização social, por exemplo, recuperando as energias das pessoas e compensando os desgastes das atividades obrigatórias cotidianas, como no caso do trabalho, entendimento que é alvo de críticas por parte de estudiosos do tema (MARCELLINO, 1987; PADILHA, 2003).¹⁸

Marcellino (1987, p.20) visualiza as “abordagens funcionalistas do lazer” como altamente conservadoras, por reforçarem princípios como a manutenção da ordem e a busca pela paz social. Isso aparece em suas obras *Lazer e humanização* (1983) e *Lazer e educação* (1987), em que o autor apresenta a “abordagem funcionalista do lazer” e considera o “lazer funcionalista” como simples assimilador de tensões e reparador dos efeitos negativos da força de trabalho, principalmente quando o trabalho é alienado (MARCELLINO, 1987, 1995).

Nesse sentido, para o autor, o entendimento de que o lazer torna-se um recurso que ajuda a conviver com as injustiças sociais, retira a possibilidade dos indivíduos pensarem criticamente, de se encontrarem consigo próprios, com a realidade social e com o conflito (MARCELLINO, 1987).

Assim, o autor acredita que os desencontros e desajustamentos verificados na utilização e no tratamento da questão do tempo livre, ou melhor, do tempo disponível, decorrem dessa “abordagem funcionalista”, que traz em si um conteúdo altamente conservador, concebendo o homem como simples detentor de “status” e desempenhador de papéis (MARCELLINO, 1995). Nesta perspectiva, considera-se que o lazer é instrumentalizado como fator de suporte à disciplina e às imposições sociais (MARCELLINO, 1987).

Para Marcellino (1995), é necessário o equilíbrio entre a prática e o consumo de vivências, objetivando o atendimento dos vários interesses e funções verificados no lazer, procurando-se balancear o repouso, o entretenimento e o desenvolvimento das pessoas envolvidas. Interessa ao autor que o fenômeno do lazer se torne criativo, superando os níveis conformistas de vida em sociedade (MARCELLINO, 1995).

¹⁸ Esta forma de tratar o lazer inevitavelmente integra o dia-a-dia da vida em sociedade. Basta observar o número de pessoas que clama, incessantemente, pela chegada das férias ou do fim de semana, para que possam tentar desfrutar a vida de uma maneira diferente do atribulado cotidiano em que vivem. Obviamente, cabe questionar as condições que levam a uma realidade opressora como esta. No entanto, sem compreender como a sociedade está constituída, e que papel ou função é desempenhado pelo lazer neste âmbito, fica difícil buscar outras possibilidades que fujam desta lógica “funcionalista” apontada.

Padilha (2003) reafirma a idéia trabalhada por Marcellino e fala que o funcionalismo não busca solucionar verdadeiramente os problemas, constituindo-se num elemento paliativo mantenedor do equilíbrio e da harmonia social. Para a autora, a mudança da relação humana com o tempo de trabalho e de lazer, principalmente após a Revolução Industrial, foi importante para o estabelecimento do *funcionalismo*.

Na verdade, muitas ações relacionadas ao lazer no Brasil poderiam se taxadas de “funcionalistas”, tratando o lazer como recurso para acabar com a violência, com a miséria, tirar os jovens das drogas, etc. Não que o lazer não possa contribuir com a resolução desses e de outros problemas. Contudo, é um equívoco reduzir o lazer a estes aspectos, bem como pensá-lo sob essa vertente, uma vez que o lazer, sozinho, não é capaz de transformar a vida, nem de torná-la qualitativamente melhor.

Conforme afirma Gomes (2004), pode-se verificar que as idéias de Dumazedier (1999), defensor da “sociologia empírica do lazer” que exerceu e ainda exerce grande influência sobre os autores desse campo de estudos, estão presentes nas diversas produções do campo do lazer (ALVES JUNIOR; MELO, 2003; CAMARGO, 1986; GOMES, 2004; MARCELLINO, 2008). Assim, são adotadas as funções, o conceito, as características e os conteúdos culturais do lazer criados por Dumazedier.

No campo de estudos do lazer, um dos aspectos relevantes apontado nos trabalhos de Dumazedier é o caráter desinteressado do lazer. Segundo o autor, o lazer não possui qualquer fim além da satisfação provocada pela experiência vivida, embora ele tenha criado a idéia de funções do lazer que parecem contradizer esta afirmação (DUMAZEDIER, 1976, 1999).

A atribuição das funções de descanso, divertimento e desenvolvimento ao lazer, com base nas idéias destacadas por Dumazedier (1999) é amplamente difundida e aceita até mesmo entre os autores do lazer considerados críticos da “abordagem funcionalista” como Marcellino (1996).¹⁹ Com base nesse estabelecimento de funções do lazer, Padilha (2000) ressalta que a herança deixada por Dumazedier “*manifesta-se funcionalista*” (p.255).

Além disso, uma análise pontual dos textos de Dumazedier permite notar que em muitos momentos o autor discute o papel do lazer como fonte de descanso, recuperação de energias, válvula de escape, necessidade, entre outras. Nesse sentido, é importante lembrarmos que este posicionamento do autor influenciou até mesmo os autores que criticam

¹⁹ As funções do lazer limitam-se a três, de modo que outras possíveis funções são desconsideradas.

o lazer funcionalista, o que representa um contra-senso, na medida em que Dumazedier traz em suas idéias características que se aproximam da “abordagem funcionalista do lazer”.

Por isso, pode-se perceber a existência de fragilidades na crítica à “abordagem funcionalista do lazer”, uma vez que a maioria dos autores que critica esta abordagem adota as idéias de Dumazedier, um autor com traços fortes da abordagem que criticam. Neste ponto, são válidas as considerações de Moore (1978) sobre a “inocência teórica” de alguns críticos da teoria sociológica do funcionalismo. Para o autor, estas pessoas criticavam o funcionalismo, mas acabavam adotando, mesmo que de forma inconsciente, visões e análises funcionalistas. No campo do lazer pode ser que isso também ocorra.

Apesar das críticas ao funcionalismo, é importante ressaltar uma preocupação dos autores. Pensando que ao lazer foram atribuídas por Dumazedier três funções principais, sendo elas o descanso, o divertimento e o desenvolvimento pessoal, que são muito utilizadas por quem estuda e pesquisa o lazer no Brasil, os críticos da “abordagem funcionalista do lazer”, como Marcellino (2008) e Padilha (2003), preocupam-se em não negar a forma compensatória do descanso e do divertimento propiciado pelo lazer, na vida cotidiana das pessoas, admitindo a relevância do lazer como fator de ocupação do tempo, por exemplo. Na verdade, o esforço destes autores é pela valorização da dimensão do desenvolvimento, que dentre todas é a menos considerada nas ações de lazer.

Esta dissertação se apóia nas colocações de Marcellino e Padilha, pois se entende ser necessário vislumbrar o planejamento futuro de sociedade, de modo que isso contribua para a vida da população; ademais, através de críticas como estas, será possível realmente decidir o que se quer ou não para esse futuro. No entanto, até que os estágios elevados e bem sucedidos de qualidade de vida da população sejam alcançados, o lazer continuará assumindo funções compensatórias e utilitaristas. Afinal, não se pode negar as diversas contradições e problemas que fazem parte da sociedade atual, e para os quais não são visualizadas mudanças possíveis no curto prazo. Nesse sentido, a inserção do lazer em espaços onde este não está convencionalmente instituído, como, por exemplo, no contexto hospitalar, requer um maior aprofundamento sobre o seu papel.

Considerando os múltiplos aspectos onde o lazer se mostra “funcionalista”, é importante ressaltar que na maioria das vezes a discussão teórica é realizada por autores que estabelecem as relações do lazer com o trabalho. Esta categoria muitas vezes é desenvolvida com enfoque recorrente na condição dos adultos trabalhadores, e na forma como estes vivenciam o lazer, geralmente almejando a “fuga” para compensar a insatisfação ou o alívio do cansaço gerado pelo trabalho desempenhado. Um outro enfoque encontrado é o da escola,

onde, segundo Marcellino (1983, 1987, 1989, 1995, 2002) e Padilha (2000, 2002, 2003), o lazer também sofre interferências da realidade do trabalho.

Sendo essa a tônica recorrente da discussão, quando se faz a crítica à “abordagem funcionalista do lazer” são necessárias outras reflexões e aprofundamentos, especialmente considerando a realidade concreta dos hospitais e dos internados. Afinal, a condição destes últimos é algo pouco abordado na literatura, sendo escassas as reflexões sobre o lazer deste grupo e, possivelmente, o debate em torno da “abordagem funcionalista do lazer” neste contexto é inexistente. Tratando-se de uma realidade muito específica e um pouco distanciada das questões enfatizadas a respeito do “lazer funcionalista”, é preciso levar em consideração as particularidades desta instituição.

Portanto, verifica-se que a “abordagem funcionalista do lazer” não é totalmente coerente com a teoria do funcionalismo, porque esta teoria está preocupada em entender como as instituições sociais funcionam e não em manter o sistema vigente impedindo mudanças sociais. Pensando nisso, quando este texto se refere à expressão tradicionalmente criticada no campo de estudos do lazer, “abordagem funcionalista do lazer”, serão mantidas as aspas, pois ao que parece esta nomenclatura não se refere à teoria do funcionalismo²⁰.

Após esta análise sobre a teoria do funcionalismo, suas aproximações e distanciamentos com a chamada “abordagem funcionalista do lazer”, é possível iniciar-se outra reflexão de grande importância para este estudo, relacionada à instituição hospitalar. Com o intuito de buscar aprofundamentos sobre esta questão será discutido a seguir o lazer no hospital, atentando para os papéis geralmente assumidos pelo lazer neste contexto.

2.4 O lazer e suas funções nas instituições hospitalares

Ao serem criados, os hospitais eram vistos como instituições de caridade destinadas a recolher os indigentes. Nele se concentravam pessoas doentes, loucas, enfermas, epiléticas, incuráveis, abandonadas, agonizantes, amputadas, esfomeadas. Todos

²⁰ A discussão sobre funcionalismo leva a uma corrente de pensamento denominada *utilitarismo*. Ao que parece, esta corrente, da qual fazem parte autores economistas como Stuart Mill e Jeremy Bentham, possui uma perspectiva mais próxima do que no campo de estudos do lazer se convencionou chamar de “abordagem funcionalista do lazer”, ainda que seja de um ponto de vista econômico. Este assunto não será aprofundado nesta pesquisa, mas pode ser melhor compreendido a partir da leitura desses autores. Investigar esta corrente de pensamento e suas relações com o lazer é uma sugestão para o desenvolvimento de futuros estudos.

“empilhados” de forma desordenada nos leitos, que eram ocupados por várias pessoas ao mesmo tempo (ILLICH, 1975, p.57).

Com o passar dos anos, a imagem do hospital como um abrigo para os que dependiam da caridade pública, aonde os pobres iam para morrer, transformou-se na de um lugar onde os enfermos podiam se curar (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1988).

Segundo Pagotto e Silva (2006) e Januzzi e Cintra (2006), o ambiente hospitalar é, na grande maioria dos casos, hostil e às vezes agressivo. Com relação a esta consideração, Zavaschi *et al.* (1997, p.164) afirmam: “*O ambiente físico do hospital, por si só, é uma fonte de estresse, pelo barulho, máquinas, falta de privacidade e ausência de rotina diária normal, assustando e afastando a família do doente*”.

Contestando esta realidade, Morgana Masetti (2005) é “porta-voz” de uma organização do terceiro setor denominada “Doutores da Alegria”, que desde os anos 1990 desenvolve o trabalho de atores profissionais em hospitais do Brasil. Utilizando a figura do palhaço que acredita ser médico e realiza “exames” e “consultas”, o trabalho desta organização enfoca a questão da saúde de um ponto de vista ampliado. A autora faz interessantes relatos sobre o contexto hospitalar:

O cenário que os envolve é pintado de branco e azul. Nele há aparelhos computadorizados e luzes que piscam, ligadas a um incontável número de fios que dão ritmo ao andar das pessoas que ali trabalham [...]. Envoltos pelos lençóis arrumados e dentro das grades que a protegem, a criança enfrenta um desafio: viver. E ele está sendo cumprido ao ritmo dos aparelhos, na velocidade dos homens e dentro do mistério da vida que habita seu pequeno corpo (MASETTI, 1998, p.14).

Considerando o contexto hospitalar apresentado, Morgana Masetti (2005) afirma que o *clown* opera sobre uma lógica própria de pensamento não linear ou racional, fazendo com que o hospital experimente fronteiras não usuais da sua realidade, na medida em que reinsere questões da vida à rotina asséptica e controlada.

Em uma outra perspectiva, o relato de Silva (1997) sobre o apoio pedagógico no hospital, focaliza o papel da professora, que representa um dos elos entre o hospital e mundo externo. Por isso mesmo, este papel precisa ser sensível ao cotidiano da criança, colocando-se do lado de fora da doença, mas sempre tentando a aproximação e estando disponível para assumir um lugar de quem vai descobrir junto.

Esse desenvolvimento é prova da valorização da subjetividade, dos desejos e das necessidades dos internados que, ao ficarem doentes, são isolados de sua vida rotineira e

privados de suas relações interpessoais, bem como da vivência de práticas que são muito importantes em suas vidas.

Arelado a estas questões, buscar a ambiência é de extrema importância para o sucesso do trabalho em saúde em hospitais. A expressão ambiência corresponde, segundo Benevides e Passos (2006), ao “*ambiente físico, profissional, social e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana*”. Assim, a idéia de ambiência engloba tecnologias médicas, mas também componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição como, por exemplo, a luminosidade, a temperatura, os ruídos do ambiente e as próprias relações afetivas entre as pessoas (BENEVIDES; PASSOS, 2006).

Para Masetti (2003), existe uma probabilidade de que boa parte da depressão, do hospitalismo²¹, das iatrogenias²² e das resistências esteja mais ligada às condições ambientais e às qualidades de relações vividas no hospital, do que propriamente às circunstâncias decorrentes da própria doença. Assim, as resistências estão ligadas às dificuldades do hospital em criar espaços que permitam ao profissional exercitar uma relação com o “paciente”, que dê conta da complexidade da vida.

A pesquisa bibliográfica permitiu observar que, geralmente, a temática no âmbito do lazer em hospitais é relacionada às crianças. Os internados em outras faixas etárias são alvo de poucos estudos e publicações no meio acadêmico, o que constitui uma lacuna que pouco esclarece sobre a realidade do adulto e suas particularidades no contexto hospitalar. De certa forma, este hiato também compromete as pesquisas com relação ao lazer no hospital. Assim, nesta dissertação, é visível a predominância do enfoque sobre as crianças nas pesquisas, assim como o exercício de transposição de alguns relatos de autores para o contexto dos adultos, uma vez que essa pesquisa de mestrado não focou nenhuma faixa etária em particular.

Ao se referir ao enfermo, Ferreti e Souza (2004) afirmam que este fica emocionalmente afetado. As autoras complementam que quadros de doenças psicológicas e/ou transtornos mentais, como ansiedade e depressão, podem surgir, assim como o agravamento dos sintomas dos “pacientes”.

²¹ Síndrome discutida por Spitz (1946) como grave depressão e isolamento afetivo em lactentes e em idades posteriores como perda do controle do corpo, punição por supostas culpas, desenvolvimento de fobias, depressão e hiperatividade (SIKILERO; MOESSELLI; DUARTE, 1997).

²² Refere-se a uma doença ou enfermidade que resulta de uma ação médica. Tradicionalmente, esta situação assume uma conotação negativa, por sua estreita relação com situações de omissão, imperícia, imprudência ou negligência.

Zavaschi e colaboradores (1997) focalizam as crianças e afirmam que a reação deste grupo específico à doença é influenciada pela idade, pelo estresse representado pela dor física, pela angústia da separação devido à hospitalização, pelos traços de personalidade, experiências e qualidade das relações parentais. Além disso, as autoras ressaltam que a criança doente e hospitalizada estabelece contato com os sentimentos de morte, solidão, despedida e luto.

Debatendo também o caso das crianças, Alamy (2007) reconhece alguns problemas comuns gerados pela hospitalização. Dentre eles, a autora resalta a tristeza e a queda no desenvolvimento, em decorrência da limitação de atividades impostas pela doença e pela estrutura física do hospital; 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 fazer visitas semanais; e, a despersonalização, ocorrida quando a criança é despojada de seus bens pessoais (como o pijama), por consequência das regras da instituição.

Além disso, Mitre e Gomes (2007) enfatizam o caráter traumático da experiência da internação em crianças, uma situação desconhecida e por vezes ameaçadora, que pode desencadear sentimentos de angústia, ansiedade e medo, alterações no desenvolvimento e comprometimento do processo de interação com as pessoas e com o meio em geral.

Uma das poucas análises feitas sobre adultos é a de Ferreti e Souza (2004). Segundo as autoras, há uma tendência a interiorizar os sentimentos como nervosismo, inquietação, tristeza e tensão, provocando uma sobrecarga negativa nos aspectos psicológico e emocional, o que acaba influenciando no estado de saúde físico e mental dos “pacientes”.

Tentou-se nesta dissertação investigar esses sentimentos dos internados, considerando também os pensamentos desses sujeitos, uma vez que o pensamento está ligado ao campo do racional e pode ser mais facilmente discutido numa pesquisa, ao contrário do sentimento que está ligado ao campo das emoções e é algo bastante subjetivo.

No processo da internação, os acompanhantes e os visitantes possuem um papel importante. O relato de Masetti (1998, p.43) sobre o sentimento de uma criança internada mostra como se dá essa relação:

Sentia-se confusa e paralisada, diante de um ambiente que se desenrolava em termos de passos rápidos e largos, olhares precisos para os números dos aparelhos, e ações que traziam dor e um gosto amargo na boca. Seu conforto vinha da presença de sua mãe [...] ela a ajudava a suportar o que lhe acontecia, e a acreditar que era para o seu bem [...].

Partindo desta representatividade relatada sobre o acompanhante, perguntou-se a internados e acompanhantes voluntários se faziam algo juntos. Além disso, perguntou-se também sobre a frequência das visitas, o sentimento dos internados nestes momentos, o grau de importância atribuído a isso, o que os internados mais gostavam ao receberem visitas, se se sentiam incomodados em algum momento e o que visitantes e internados faziam juntos durante o encontro.

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. No entanto, como rapidamente mencionado na Introdução desta dissertação, foram encontradas várias pesquisas e relatos que não explicitam a palavra “lazer” como foco da atuação (ALMEIDA *et al.*, 2001; SOARES, 2001; MOREIRA, 2001), mas se referem a diversas práticas, atividades e vivências que são parte indissociável do lazer, pois possuem relações com este campo da vida humana e social. Estas são representadas por palavras como brincadeira, ludicidade, lúdico, práticas lúdicas, recreação, prazer, jogo, atividades culturais, entre outras, que aparecerão nas citações seguintes. Sendo assim, o vocábulo brincadeira, por exemplo, é uma manifestação cultural que pode integrar o lazer (GOMES, 2004) e que, portanto, é fundamental para o entendimento deste fenômeno no contexto hospitalar. Além disso, os mesmos relatos não fazem muitas reflexões sobre a ligação do lazer com a saúde.

Com relação ao papel essencial do lazer anteriormente falado, acredita-se ser necessário ajudar a criança a expressar-se, vivenciar e elaborar os sentimentos decorrentes do adoecimento e da hospitalização, principalmente não negando recursos para o encontro, as brincadeiras e o prazer (ZAVASCHI *et al.*, 1997; MITRE; GOMES, 2007).

Gregianin *et al.* (1997) reafirmam esta idéia ao apontar que, além do tratamento de saúde, a criança necessita de outros aspectos sociais, emocionais, pedagógicos, recreativos, entre outros, capazes de possibilitar uma maior aceitação ao tratamento. Estes aspectos podem minimizar o impacto da mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar, em crianças internadas por longos períodos.

Nesse sentido, estes aspectos são necessários para qualquer pessoa, independente da fase da vida. Afinal, se Pagotto e Silva (2006, p.2) afirmam que “[...] a criança no contexto hospitalar não deixa de ser criança [...]”, é razoável deduzir que o adulto que se torna internado, também não deixa de ser adulto, detendo, portanto, interesses e necessidades singulares.

Isso significa que o lazer possui papéis importantes frente à internação dos sujeitos, que se evidenciam através das considerações elaboradas por diversos autores. Neste contexto, tornam-se muito apropriadas as considerações de Januzzi e Cintra (2006, p.180):

[...] a ocupação dos períodos de solidão com atividades que propiciem prazer mostram-se (sic) 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.

No entanto, não se pode deixar de considerar que muitas vezes o hospital é “[...] um espaço que nega o ideal de ludicidade na concepção de tratamento [...]” (FERRETI; SOUZA, 2004, p.257). Lima *et al.* (2007a) acrescentam que o hospital é uma instituição caracterizada por uma atmosfera rígida e formal, incompatível com o desenvolvimento de jogos, brincadeiras, esportes, entre outros.

Mesmo com as potencialidades para o lazer, Mitre e Gomes (2007) alertam para o fato de que a promoção do brincar, ainda não está consolidada como uma questão da saúde coletiva dentro do hospital. A partir deste relato, é possível que o mesmo possa ocorrer com a promoção do lazer.

O relato sobre a atuação no âmbito do lazer, desenvolvida em um hospital, revela que as intervenções lúdicas foram recebidas de formas diferentes pelos sujeitos que faziam parte deste contexto: como desestruturação do hospital através da bagunça no local, como uma possibilidade de preencher o tempo com atividades agradáveis e prazerosas, como possibilidade de ressignificação daquele espaço e da ampliação das vivências lúdicas pelas crianças, sujeitos para os quais o projeto era voltado (ALMEIDA *et al.*, 2001). Isso significa que mesmo o hospital sendo um espaço que nega o ideal de ludicidade, há quem discorde deste posicionamento e acredite na importância deste tipo de intervenção no contexto hospitalar.

De fato, o lúdico não constitui uma prioridade do hospital. Alguns profissionais de saúde sentem dificuldade de aceitar, como parte do processo, ações que envolvam conhecimentos e abordagens diferentes do tecnológico, como a do lúdico (MITRE; GOMES, 2007).

Para compreender a organização do ambiente hospitalar, Moreira (2001) faz reportar à lógica utilitarista de ocupação do espaço urbano, centrada nas atividades econômicas. Esta lógica valoriza excessivamente o trabalho e os espaços produtivos,

relegando o lúdico²³ a uma posição inferiorizada. Segundo a autora, a ludicidade se contrapõe aos valores estabelecidos pela exigência de utilização racional dos espaços urbanos, condicionados ao rendimento e à produção. Reproduzindo essa lógica, o ambiente hospitalar, assume muitas vezes uma conotação de frieza, sisudez, solidão e imparcialidade, onde a alegria, o riso e o prazer na maioria das vezes não se fazem presentes.

Ao mesmo tempo, considerando que a dinâmica da instituição hospitalar engloba uma forte estrutura hierárquica, linhas de autoridade e poder, de modo que cada categoria funcional delimita seu território, a promoção do lúdico pode configurar, em muitos casos, uma ameaça aos territórios pré-definidos da hierarquia hospitalar, pois perpassa diversas áreas do saber e possibilita novas formas de atendimento (MITRE; GOMES, 2007).

Apesar da utilização da palavra *ameaça* acredita-se que seja fundamental este processo de rompimento da hierarquia existente dentro do contexto hospitalar, pois isso significará a atribuição do mesmo valor para todos os profissionais de saúde e a possibilidade de inserção de um entendimento e intervenção baseados na idéia de saúde ampliada.

Ao discutirem os limites e possibilidades das intervenções hospitalares a partir de um projeto de extensão universitária²⁴, Almeida *et al.* (2001, p.175) tratam do lúdico contribuindo, assim, para as reflexões sobre o lazer. 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. No entanto, 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.

Os mesmos autores falam que, apesar do grande trânsito de pessoas, o hospital é um local solitário e gerador de medos e incertezas. Para eles a enorme dificuldade de apropriação do espaço hospitalar, para a realização de diferentes vivências, decorre da funcionalidade historicamente atribuída a essa instituição. Tal funcionalidade não permite que

²³ Neste estudo, compreende-se o lúdico como uma linguagem humana que permite a significação e expressão das experiências dos indivíduos, as quais são compartilhadas e experimentadas por outros seres humanos e são produzidas de modos diversos: gestos, danças, esculturas, etc. (DEBORTOLI, 2002).

²⁴ Frequentemente, os projetos de intervenção para crianças em hospitais focalizam o brincar na perspectiva da recreação terapêutica (CASARA; GENEROSI; SGARBI., 2007). No entanto, este projeto de extensão universitária realizado pelo Centro de Estudos de Lazer e Recreação – CELAR/UFMG, objetiva desenvolver ações que possam contribuir com a ampliação do repertório de vivências culturais dos sujeitos envolvidos, bem como na ressignificação do espaço hospitalar. É intitulado atualmente “Animação Cultural no contexto hospitalar: vivências da Educação Física e do Turismo com crianças em Clínica de Hematologia do Hospital das Clínicas da UFMG” (GARCIAS; ISAYAMA, 2007).

o ambiente hospitalar se apresente como espaço de relacionamento das pessoas, de vivência da alegria, do riso, do prazer e do lúdico. No entanto, são vislumbradas possibilidades para a desconstrução desta realidade (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Moore (1978) concorda que a instituição hospitalar em si possui uma forma de organização bastante peculiar, que constitui um padrão rígido tanto na estrutura quanto nos procedimentos adotados. Contudo, parece possível acreditar que isso mereça ponderações sobre possibilidades de mudança, considerando os múltiplos aspectos negativos identificados nessa instituição, como a frieza das relações e a solidão. Além disso, é importante esclarecer que há aspectos positivos da instituição hospitalar que devem ser ressaltados e preservados como a própria questão da eficiência na prestação do serviço.

Por outro lado, contrariando a funcionalidade apontada por Almeida *et al.* (2001), Moore (1978) exemplifica a idéia de multifuncionalidade nos hospitais. Para o autor, os hospitais provêem, pelo menos nominalmente, tratamento médico aos doentes, mas também proporcionam necessariamente serviços de cuidados, de hotel e de restaurante. Dessa maneira, o hospital não é uma instituição exclusivamente médica, pois possui diversas outras funções. A concentração dos serviços médicos num estabelecimento à parte reduz os problemas de coordenação de serviços especializados e tem a consequência, mais do que incidental, de fazer com que o “paciente” vá até os serviços, e não o médico ou a enfermeira preste esses serviços na casa do “paciente”. Seguindo esta lógica, entende-se nesta dissertação que a inserção de serviços de lazer seria mais um reforço para esta multifuncionalidade presente na instituição hospitalar.

Assim, este capítulo procurou abordar a teoria funcionalista, sua relação com o lazer e com o contexto hospitalar. Após todas as ponderações aqui colocadas passa-se para a apresentação e discussão dos resultados encontrados na pesquisa de campo, o que será realizado em dois capítulos distintos. O capítulo Três tentará compreender a realidade hospitalar e as implicações da rotina, da organização do tempo e do espaço, da convivência entre os atores hospitalares e dos sentimentos dos internados diante da internação, dentre outros aspectos; para a saúde dos sujeitos, bem como a pertinência desses aspectos para a sustentação da “abordagem funcionalista do lazer” no hospital. O capítulo Quatro focalizará o lazer dos internados, discutindo a perspectiva de afastamento e aproximação da “abordagem funcionalista do lazer” e da concepção de saúde ampliada, a partir dos entendimentos de lazer dos voluntários, das manifestações de lazer encontradas e de suas características, das funções assumidas pelo lazer dentro do hospital e das possibilidades de viabilização de projetos de lazer para internados.

CAPÍTULO 3

A REALIDADE HOSPITALAR

Após as discussões sobre a saúde, a “abordagem funcionalista do lazer” e a instituição hospitalar, realizadas nos capítulos anteriores, iniciam-se a partir daqui as análises e discussões dos resultados obtidos a partir da pesquisa de campo. Conforme explicitado anteriormente, o percurso metodológico desta pesquisa envolveu a investigação em três instituições hospitalares da cidade de Belo Horizonte: um hospital particular, um hospital de ensino e um hospital público. Os dados foram obtidos a partir da observação de uma unidade de internação de cada hospital, definida por sorteio. Além disso, também foram realizadas 30 entrevistas com internados, acompanhantes e profissionais de saúde, a fim de se obter diferentes pontos de vista sobre o objeto do estudo, cujos resultados serão apresentados a seguir.

3.1 Raio-X das instituições

A idéia de examinar é algo muito presente no hospital e na área médica como um todo. Pensando nisso, esta dissertação será direcionada neste momento a uma caracterização das três instituições onde a pesquisa foi realizada. De acordo com os dados obtidos na pesquisa de campo, pretende-se demarcar as peculiaridades de cada hospital, assim como compreender também o que há de comum entre eles. Esta caracterização é fundamental para a contextualização do objeto de estudo desta pesquisa: o papel do lazer para os internados em instituições hospitalares.

Nesse sentido, esta primeira parte do capítulo foi um exercício mais descritivo do que analítico. Esclarece-se que aqui a ordem de apresentação dos hospitais é a mesma da realização da coleta de dados, cuja definição ocorreu de acordo com o recebimento das respectivas anuências institucionais para o desenvolvimento da pesquisa em suas dependências.

3.1.1 Hospital Particular

A instituição localiza-se na região centro-sul de Belo Horizonte, em uma área urbana de alto valor econômico imobiliário. O hospital foi fundado em 2002. Sua estrutura física é constituída por um edifício de 20 andares de arquitetura moderna, sendo a fachada composta por vidros espelhados que dificultam a visão da parte interna da instituição, por quem esteja do lado de fora. Além disso, essa estrutura veda a maior parte do som externo, garantindo um ambiente silencioso, principalmente, nos andares mais elevados. O internado I2 reconheceu isso, ao dizer que o hospital “[...] é muito bem vedado e não dá para ouvir trânsito [...]”.

Conforme dados informados pela direção do hospital, naquele momento a instituição possuía cerca de 170 leitos, distribuídos em apartamentos e enfermarias, e fazia cerca de 10.700 atendimentos por mês. Além disso, possuía especialidades diversas, excetuando-se obstetrícia e pediatria. Atendia pessoas de distintas faixas etárias, permitindo o acompanhamento dos internados e não desenvolvia ações institucionais de lazer em suas dependências. O hospital possuía estacionamento próprio, heliponto e pronto-socorro. O hospital continha, ainda, um espaço com estabelecimentos comerciais diversos, como farmácias de manipulação, laboratórios de exames, cafés, lojas de roupas, de jóias e acessórios, dentre outros, os quais juntos se assemelhavam muito à estrutura de um *shopping center*. Este espaço era zelado por seguranças, sempre presentes no local.²⁵

A pesquisa foi realizada em um dos andares de internação, que possuía 13 leitos distribuídos em apartamentos individuais, sendo um deles uma suíte de luxo. Estes quartos estavam dispostos em um único corredor. O acesso principal ao andar ocorria por três elevadores. Aqueles que chegavam se deparavam com uma sala de estar mobiliada com sofás confortáveis, uma mesa de centro e um arranjo decorativo. Uma placa indicativa das atividades desenvolvidas em cada andar do hospital informava a localização das internações, do bloco cirúrgico, das unidades de tratamento intensivo, entre outros setores do hospital. A vista do lado de fora era privilegiada pela ampla janela de vidro, que permitia a entrada de grande luminosidade. Mais à frente encontrava-se uma sala de espera com algumas cadeiras, filtro de água potável, banheiros, crucifixo, caixa de sugestões e o posto de enfermagem.

Neste posto se encontravam os prontuários dos internados e lá os técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas encontravam o suporte de que

²⁵ Este espaço do hospital não poderia ser considerado opção de lazer para os internados, que não possuíam acesso ao local a partir da internação.

necessitavam para realizar o seu trabalho. Deste ponto era possível avistar todo o corredor e, assim, acompanhar toda a movimentação do andar. O corredor era amplo e as luzes ficavam acesas durante as 24 horas do dia, de modo que o ambiente estava sempre muito iluminado. O chão de granito reluzente auxiliava a tornar o ambiente ainda mais claro, o que aumentava a sensação de limpeza, assepsia e organização do hospital.

Os apartamentos eram equipados com sofá, poltrona, cadeira, armário, ar condicionado, geladeira, cofre, telefone, televisão, quadro, relógio de parede e uma cama elétrica – que mudava a inclinação automaticamente. Havia uma luz acima da cama do internado. O quarto era pouco espaçoso para transitar, pois os móveis preenchiam todo o espaço. A suíte de luxo era mais espaçosa e possuía uma ante-sala com uma mesa, que a diferenciava dos demais apartamentos. As janelas de todos os quartos não possuíam grande amplitude de abertura por questões de segurança decorrentes da altura do edifício.

A acompanhante A2 afirmou que o ambiente do hospital oferecia conforto, iluminação e ventilação adequados, além de qualidade na limpeza e higiene. Apesar disso, a temperatura fria do hospital, em decorrência do ar condicionado, foi considerada motivo de insatisfação para muitos internados. Essa foi a razão indicada por um internado para justificar sua necessidade de se sentar, sempre que possível, próximo aos raios de sol que incidiam na sala de espera. Além disso, essa temperatura artificial, muito semelhante à de um *shopping center*, nem sempre possibilitava ao internado a sensação exata do clima da cidade.

Para Foucault (1979), a disciplinarização também ocorre por meio da modificação no espaço do hospital. A disciplina torna-se um instrumento de modificação das condições do meio em que o doente é colocado (o ar que se respira, a temperatura sentida, a água bebida), possuindo uma função terapêutica.

Santos (1996) ressalta este aspecto do espaço composto por um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado por ações igualmente artificiais e cada vez mais tendentes a fins estranhos ao lugar e a seus habitantes. No hospital particular o caráter da artificialidade fica ainda mais enfatizado devido ao funcionamento do ar condicionado.

Em várias partes do mundo, a decoração e a arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes às de hotéis, aeroportos e *shopping centers*. Estes espaços incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas (SANT'ANNA, 2001).

Do ponto de vista adotado nesta dissertação, essas modificações nos hospitais particulares podem ter como objetivo tornar o espaço mais confortável e atraente, o que não

isenta o empreendimento da ocorrência da necessidade de reparo de algum problema, como por exemplo, o acesso aos andares por meio de elevadores.

A pesquisa revelou que, de fato, este hospital lembrava um hotel. O quarto era considerado um espaço privado do internado, assim como ocorre com as pessoas que se hospedam em hotéis. Para entrar no apartamento, os funcionários do hospital pediam licença aos seus ocupantes. A utilização da pulseira de identificação pelos internados reforçava ainda mais a idéia de que o hospital pensava suas ações e serviços seguindo o modelo hoteleiro. A palavra *hotelaria* era utilizada em panfletos do hospital e as pessoas identificavam essa semelhança. O internado II usou a expressão “*tratamento cinco estrelas*” para se referir ao serviço e organização do hospital e acrescentou: “*Mas o hospital... Ele tem um diferencial. O ambiente... Eu não digo só a receptividade... Mas o ambiente é um ambiente de hotel.*” (I1).

Conforme Sant’Anna (2001) esclarece, a própria palavra *hospital*, originada a partir do termo em latim *hospes*, sugere os termos hospedaria e hóspede. No entanto, mesmo nos hospitais ou alas hospitalares semelhantes a hotéis cinco estrelas, a transformação do indivíduo em “paciente” inclui a vivência de uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento.

Sobre os profissionais de saúde atuantes na instituição, no período diurno, trabalhavam fixamente no andar de realização da pesquisa de campo: três técnicos de enfermagem, duas funcionárias da higienização, uma enfermeira e uma secretária. As duas últimas também desempenhavam este mesmo serviço simultaneamente em outro andar do hospital. O regime de trabalho era de 12 horas, exceto no caso da Enfermeira, que trabalhava menos tempo, mas todos os dias. Os médicos e demais profissionais de saúde se revezavam nos atendimentos de acordo com a patologia e demanda apresentada pelos respectivos internados. Dentre os médicos, os residentes²⁶ eram os mais frequentes no andar.

A grande maioria dos internados pesquisados nessa instituição hospitalar eram adultos e muitos residiam em cidades do interior de Minas Gerais. As patologias dos internados eram diversificadas, sendo que havia alguns internados com doenças crônicas, que estavam no hospital há um tempo prolongado. No entanto, de forma geral, o andar possuía uma grande rotatividade de internados, pois recebia muitas pessoas que se internavam para fazer procedimentos cirúrgicos mais simples que não demandavam um tempo muito extenso de internação, por permitirem uma recuperação rápida dentro do hospital.

²⁶ A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, em forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981).

3.1.2 Hospital de Ensino

Esta instituição fica localizada na região centro-sul da cidade de Belo Horizonte, em um ponto de localização correspondente à área hospitalar da cidade. Sua inauguração ocorreu em 1928. Conforme dados contidos no *web site* da instituição, o hospital faz parte de um complexo maior, formado por outro hospital e outros prédios anexos, localizados nas suas imediações. A maior parte do atendimento (95%) é realizada gratuitamente, sendo o restante (5%) vinculado a convênios particulares. Cerca de 40% do total de pessoas atendidas provêm de cidades do interior do Estado de Minas Gerais. O complexo possui cerca de 476 leitos e atende mais de 40.000 pessoas por mês. Sua estrutura física é constituída por um edifício de 11 andares e três subsolos. A instituição possui especialidades diversas, atende pessoas de distintas faixas etárias, permite o acompanhamento e desenvolve projetos institucionais de lazer em suas dependências.

A pesquisa foi realizada em um dos andares de internação para adultos. Tão movimentada quanto o *hall* de entrada, esta ala de internação possui 28 leitos distribuídos em quatro enfermarias (com capacidade para seis leitos cada uma), sendo duas femininas e duas masculinas, e outras duas enfermarias isoladas²⁷ com dois leitos cada, destinadas a internados em situação mais delicada ou com alguma infecção mais séria. As enfermarias ficavam dispostas em um único corredor que, diferentemente do hospital particular, é menor em extensão e largura. Além disso, o corredor só recebe a luz externa proveniente das janelas das enfermarias e de outras salas, de modo que a iluminação é quase totalmente artificial.

O acesso ao andar é realizado por dois elevadores e pelas escadas. Ao entrar no corredor da internação uma placa colorida indica o nome da ala e a especialidade de tratamento da mesma. No início do corredor há uma câmera muito discreta que capta toda a movimentação no local. A primeira sala disposta no andar é o ambiente onde ocorre a passagem de plantão, usada somente pelos funcionários. Esta sala contém uma mesa, cadeiras, sofás e mural de recados. Mais adiante, há uma sala de equipamentos, a sala de material de limpeza, a “Enfermaria 1”, uma balança para adultos, um bebedouro, um mural de recados contendo orações e mensagens de agradecimento de pessoas que passaram pela internação, a copa e a sala de curativos e consultas. Este ponto situa-se exatamente no meio do corredor, onde também se encontra o balcão da enfermagem, que em sua parte de atendimento possui uma Bíblia e um telefone cuja campainha toca bastante alto.

²⁷ As enfermarias isoladas ou os quartos de isolamentos são locais reservados aos internados com doenças mais graves e de fácil transmissão.

Atrás do balcão fica a sala de prescrições equipada com computadores, cadeiras e os prontuários dos internados que são consultados e preenchidos pelos profissionais da saúde. Ao lado, está a sala de preparo de medicamentos, onde os técnicos realizam o seu trabalho. Em frente ao balcão fica a “Enfermaria 2” e, no corredor, quatro cadeiras utilizadas por internados e acompanhantes. Prosseguindo nesse andar, também estão localizadas a secretaria, o expurgo, a “Enfermaria 3”, os banheiros dos funcionários, as “Enfermarias 4, 5, 6” e por último a sala de material esterilizado. Na porta desta última sala, outra câmera registra as ações das pessoas. Apesar da dimensão desse setor de internação ser menor que a internação investigada no hospital particular, um maior número de serviços é aí desenvolvido, assim como um maior número de pessoas trabalham e transitam ali.

Este setor de internação possui um espaço físico muito diferente dos demais andares do hospital, pois recebeu doações de uma empresa privada para a compra de equipamentos e a reforma do espaço. Por isso, a iluminação, as paredes, o chão, os leitos e os equipamentos compõem, juntos, um ambiente completamente diferenciado das demais internações do hospital, ou seja, um ambiente mais confortável, iluminado e agradável.

O andar onde a pesquisa foi desenvolvida possui muitos internados com patologias no sistema gastrointestinal. Alguns estavam no hospital por um tempo prolongado. O setor recebe muitas pessoas que se internam para fazer cirurgias. Muitos dos internados possuíam uma doença grave e avançada.

Os leitos das enfermarias possuem inclinação automática, diferente do resto do hospital. Acima de cada leito é afixada uma folha de identificação do internado com informações gerais. As enfermarias possuem um banheiro e são arejadas, iluminadas e espaçosas, de modo que as pessoas podem transitar dentro dela com facilidade. Não havia mesas de apoio suficientes para todos os internados colocarem seus pertences ou cadeiras para todos os acompanhantes se assentarem. Alguns internados utilizavam o parapeito das janelas para colocar os seus objetos pessoais. As janelas eram amplas e possuíam redes de proteção. Apesar disso, o barulho externo quase não era ouvido, exceto quando ambulâncias passavam na rua, o que era muito comum, por se tratar de uma área hospitalar. A falta de espaço para objetos pessoais não permitia que os internados criassem uma intimidade com a enfermaria e se identificassem com este espaço. Visivelmente a prioridade da instituição era tornar o espaço o mais coletivo e público possível, ao contrário do hospital particular, que buscava fazer exatamente o contrário, garantindo a privacidade de todos os internados.

O internado I6 achava o hospital de ensino muito diferente dos demais em que já havia estado, por considerá-lo limpo, por ter uma cama confortável e pelo tratamento dos

enfermeiros. Seguindo a mesma idéia, I5 explicou sua impressão da internação: “[...] eu achei um lugar muito bem arrumado pelo modo da gente ficar. Muito bem arrumado, o acabamento bem arrumado, os profissionais atendem direitinho, tudo muito bem, muita educação”.

No período diurno, trabalhavam fixamente no andar cerca de dez técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, duas funcionárias da higienização, quatro enfermeiras e um secretário, um auxiliar da secretaria e a coordenadora da ala. Destes profissionais somente as funcionárias da higienização trabalhavam em um regime de 12 horas diárias. A equipe de enfermagem tinha uma jornada de trabalho de 6 horas por dia, o que fazia com que fossem necessárias duas equipes para o cumprimento do horário diurno: uma pela manhã e uma à tarde. Os médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e demais profissionais da saúde se revezavam nos atendimentos de acordo com a patologia e demandas apresentadas pelos internados. Dentro da instituição eram desenvolvidas ações de lazer vinculadas a diferentes projetos pertencentes a diferentes áreas.

No *hall* central que liga todas as alas do andar há um telefone público, geralmente utilizado pelos internados. Este telefone também tocava muito alto e chegava a incomodar o trabalho dos profissionais e o descanso dos internados. Ele tornava o ambiente da internação mais conturbado e, por diversas vezes, obrigava as pessoas a falarem ainda mais alto para se fazerem entender.

3.1.3 Hospital Público

A instituição também se localiza na região centro-sul de Belo Horizonte, mas em outro ponto da cidade. O hospital foi fundado em 1986. Sua estrutura física é constituída por uma construção de três andares, sendo um deles totalmente dedicado à internação. Além de atender pessoas através do SUS, o hospital também atende pessoas de convênios particulares. Há duas entradas principais na instituição: uma destinada a pessoas de convênios particulares e outra para aquelas que são atendidas pelo SUS. O hospital possui pronto-socorro e estacionamento próprio. Conforme dados informados pela direção do hospital, a instituição possui aproximadamente 230 leitos, distribuídos em forma de apartamentos particulares e enfermarias, atendendo cerca de 5000 pessoas por mês; efetua o atendimento em especialidades diversas, mas com o enfoque na oncologia. Além disso, atende pessoas de distintas faixas etárias, permitindo o acompanhamento dos internados e desenvolvendo ações de lazer como a televisão e a intervenção semanal dos *clowns* e da T.O..

A entrada na internação é feita pelo *hall* central, onde estão escadas, elevadores e telefones públicos, usados por internados, acompanhantes e funcionários. Próximo à saída dos elevadores há obras de arte e dois jardins de inverno. Um deles fica nas enfermarias e o outro na internação particular.

A pesquisa foi realizada em um dos quatro postos de internação públicos existentes que possui dois leitos dispostos em dois quartos de isolamento e 39 leitos distribuídos em conjuntos de três em cada quarto de enfermaria. Estes quartos estão dispostos em um único corredor; este é amplo, arejado e bastante iluminado tanto com luzes artificiais como com luz natural, através de diversas clarabóias que permitem a visão do céu e a entrada do sol, em vários pontos do interior do hospital, em alguns períodos do dia.

Ao chegar à internação onde a pesquisa foi desenvolvida avista-se uma placa indicativa do posto de enfermagem. Antes disso, há a copa, o bebedouro, os banheiros, a “capelania”, uma imagem religiosa, a capela e vários quartos de internação, até se chegar ao balcão do posto de enfermagem²⁸. Neste local se encontram três computadores, uma sala onde a equipe de enfermagem prepara medicamentos, a sala da enfermeira do posto e uma ante-sala onde se encontram os prontuários dos internados, e computadores para a realização das prescrições e evoluções. Após o balcão, o corredor dá acesso a outros quartos de internação. Há uma câmera, dois quartos de isolamento, uma urna onde são depositadas as avaliações do serviço do hospital, feitas pelos internados, e uma outra imagem religiosa. Ao pé das imagens, flores.

No posto de enfermagem ouvia-se o som de vozes vindas dos alto-falantes distribuídos por todo o espaço. Estas anunciavam o nome das pessoas procuradas dentro do hospital, na maioria das vezes profissionais de saúde. Ouvia-se também o som das campainhas²⁹ acionadas pelos internados, solicitando a presença das técnicas de enfermagem.

O chão do hospital é escuro e liso. Possui linhas coloridas que servem de orientação para que as pessoas que não conheçam as instalações do prédio possam se deslocar sem ficarem perdidas. Pelas observações efetuadas, estas linhas de orientação não eram muito usadas.

Os quartos triplos são pequenos, apertados para transitar entre os leitos, mas bastante arejados e iluminados. A janela possui grande amplitude de abertura, permitindo que

²⁸ O balcão de enfermagem fica exatamente no meio da internação, fato que facilita muito o trabalho das enfermeiras, diminuído a extensão dos deslocamentos no local.

²⁹ Na observação foi possível constatar que esta campainha em especial costumava ficar até 10 minutos ligada sem cessar. Durante este tempo a luz vermelha localizada acima da porta da enfermaria se acendia e um estímulo sonoro era realizado para chamar a equipe de enfermagem.

a luz solar entre nos quartos. Não há grade ou rede de segurança nelas, ao contrário dos demais hospitais. Na entrada dos quartos há uma pia com material para higienização das mãos, incluindo uma orientação por escrito, de como adotar este procedimento. Os leitos mudam a inclinação manualmente, através de uma manivela, o que diminui a autonomia do internado, que precisa de ajuda para mudar sua posição.

Além disso, os quartos são equipados com uma cadeira para cada acompanhante, uma televisão pequena com relógio digital localizada no centro da parede, um armário para roupa de cama limpa do hospital, três criados com gaveta, lixeiras e três apoios de alimentação. Há também dois biombos retráteis entre uma cama e outra, o que demonstrava a preocupação da instituição em preservar a privacidade do internado quando for necessário.

Há uma lâmpada bem acima da cama dos internados. Um pouco mais abaixo é afixada na parede uma folha com informações sobre e para cada um dos internados. Estes trajam roupas do hospital, sendo impossibilitados de usar suas próprias vestimentas. Segundo Foucault (1979), a organização de técnicas de identificação dos doentes é uma característica do hospital. Assim, amarra-se no punho do internado uma etiqueta, como no hospital particular pesquisado, ou se coloca em cima do leito uma ficha com informações sobre o “paciente”, assim como no Hospital de Ensino.

A capela não possui portas ou restrições de entrada, mas nem todos os internados freqüentam este espaço, de modo que somente os adeptos da religião católica são beneficiados por esta comodidade.³⁰

No período diurno, trabalham fixamente na internação cerca de oito técnicos de enfermagem, duas funcionárias da higienização, uma enfermeira supervisora e uma secretária. Os médicos e demais profissionais da saúde se revezavam nos atendimentos de acordo com as patologias e demandas apresentadas pelos internados. Além disso, foi identificada a presença de outros profissionais atuando no setor através de ações de lazer institucionalizadas.

Após os esclarecimentos técnicos sobre a organização geral dos hospitais e suas características, pode-se iniciar a discussão propriamente dita, sobre os resultados encontrados na pesquisa de campo. Partindo do pressuposto de que este estudo consiste em investigar o papel do lazer no contexto hospitalar, tendo como referência a realidade dos sujeitos internados, discussões sobre aspectos encontrados na coleta de dados que potencializam as respostas sobre essa questão central aparecerão a partir daqui. A fim de pensar o lazer dentro do contexto hospitalar, o esforço doravante será no sentido de confrontar os resultados

³⁰ Talvez fosse muito mais democrático se o local se constituísse num centro ecumênico onde pessoas de diversas religiões pudessem compartilhar o espaço.

encontrados com o que foi discutido nos dois primeiros capítulos. Além disso, a busca por outros arcabouços teóricos ocorreu, à medida em que foi sendo necessária ao melhor entendimento daquilo que foi levantado na pesquisa.

3.2 A rotina e suas interferências no cotidiano dos internados

Tudo é rotineiro. Muitos andam com rapidez, mas é como se isso fosse algo natural. Muitos são os rostos preocupados. Muitos os tristes. Alguns têm os olhos cheios de lágrimas. A vida que corre pelos corredores, para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo, não registra a emoção que vai por trás das faces. Ela corre ao fluxo dos diagnósticos registrados nas papeletas. (MASETTI, 1998, p.48).

O parágrafo acima explicita particularidades da rotina hospitalar. A pesquisa aqui realizada também encontrou relatos sobre isso. Do ponto de vista da Enfermeira E2 do hospital de ensino, as mudanças que a internação impunha à rotina da pessoa eram imensas:

Eu acho que muda tudo. Por que ela sai de casa... Muda o universo dela totalmente. Ela está longe da família, longe das coisas pessoais dela, longe do lazer que ela tem costume de fazer. [...] Ela não veste a roupa que ela gosta, ela não conversa com quem ela gostaria, ela não faz a atividade que ela gostaria... [...] E ela está num lugar estranho para ela. Ela não tem as coisas que gosta de fazer, não pode nem comer o que gosta. Então, acho que é uma mudança radical na vida dela... Porque tem que ficar 24 horas internado (sic), então muda tudo! O emocional, muda tudo! (E2)

Alguns profissionais de saúde compartilharam esta opinião. O Médico M2, do hospital de ensino, comentou: “*Muda a rotina toda da pessoa. [...] Para começar [...] a maioria deles dorme mal, tem muito barulho na enfermaria, são vários leitos, cada um com o seu problema, então a [equipe de] enfermagem tem que ficar entrando o tempo inteiro*”. Para o Médico M4 a rotina do hospital público e dos médicos suprimia a rotina do internado havendo uma série de mudanças inclusive no lazer: “*No SUS você divide o quarto com outros leitos. A televisão você quer um canal, às vezes a outra pessoa não quer ver...*”. Já a Técnica de Enfermagem T2 do hospital de ensino acreditava que era preciso seguir esta rotina diferenciada do hospital.

Os relatos dos voluntários acima indicam uma série de aspectos importantes para o entendimento das tensões da internação e seus impactos no espaço e no tempo do hospital. O afastamento da família e das pessoas que se relacionavam com o internado é um fator de

difícil enfrentamento. A suspensão dos diversos componentes da identidade do sujeito, por meio da escassez ou inexistência de objetos pessoais na internação, pelo uso de códigos em substituição ao nome do internado e pela suspensão de atividades cotidianas como o lazer, constitui uma realidade. A limitação da autonomia, as dificuldades de dormir, o barulho do ambiente e o “entra e sai” de pessoas também constituem parte dos conflitos próprios da internação.

Estas constatações condizem com o posicionamento de Sant’Anna (2001), pois esta autora afirma que o internado sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse repentinamente em *déficit* para com o mundo. O internado se separa da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades. Desse modo, as diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de internado; deixa-se de ter direitos sobre o próprio corpo e separa-se abruptamente da vida que dia-a-dia construía e reconstruía a sua identidade. Muitas vezes a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono.

A rotina dos hospitais esteve marcada pela movimentação de pessoas que variou de instituição para instituição: os funcionários da higienização, com seu carrinho de limpeza, que se deslocavam pelo corredor, apartamentos e enfermarias; as funcionárias da rouparia que conduziam carrinhos de roupas limpas; os funcionários que recolham em seus carrinhos o lixo e roupas sujas; os funcionários que levavam e traziam os internados para fazer exames e cirurgias; as copeiras empurrando o carrinho que trazia e levava as refeições dos internados e acompanhantes; os técnicos de enfermagem que ministravam os remédios, davam o banho de leito, quando era o caso, e realizavam os cuidados necessários de acordo com as necessidades de cada internado; os médicos que consultavam os prontuários, faziam as prescrições para o dia e visitavam os internados em seus respectivos quartos; os internados e acompanhantes que andavam pelos corredores, pediam informações, conversavam no balcão e as pessoas que chegavam para se internar ou para fazer visitas.

Como é possível notar no relato da observação acima, é comum a passagem pelo corredor do hospital, não só de pessoas, mas também de diversos instrumentos e equipamentos, como os carrinhos da roupa limpa e suja, da limpeza, da alimentação, do lixo, das dietas, dos remédios; as macas, as cadeiras de roda, os aparelhos de pressão, entre outros.

No hospital público o trânsito de carrinhos foi o maior dentre as três instituições investigadas. Os profissionais quase sempre empurravam os equipamentos de forma apressada, potencializando os ruídos na internação. O hospital de ensino, que possuía o menor

corredor, em termos de largura, ficava conturbado quando os equipamentos eram conduzidos pela ala. Além disso, especialmente, no caso do carrinho do lixo, a passagem era ainda mais dificultada e perigosa, pois os funcionários que faziam este serviço costumavam empurrar o equipamento com tanta rapidez, que era notório o risco de atingir quem estava pelo caminho. Esta característica também gerava um ruído incômodo que alcançava toda a internação. Por sua vez, o hospital particular, além de possuir uma intensidade menor de ruídos produzidos pelo trânsito dos equipamentos, em relação aos demais hospitais, possuía a vantagem de que estes ruídos quase não eram ouvidos pelos internados, uma vez que estes ficavam dentro de seus respectivos apartamentos com as portas fechadas.

Considerando as observações realizadas nos três hospitais, o período da manhã foi o mais movimentado, por apresentar maior número de pessoas transitando pelo corredor, entre profissionais do hospital, internados, acompanhantes e visitantes, sendo este movimento mais intenso no hospital de ensino.

Neste hospital, a Internada I4 preferia o período da tarde, pois o excesso de pessoas e de movimentação na internação a incomodava. Apesar disso, a Acompanhante A4 via a movimentação do período da manhã positivamente, pois, segundo ela o maior número de médicos e funcionários era algo que lhe transmitia segurança, caso ela precisasse de qualquer coisa. A Acompanhante A6 também achava essa movimentação positiva, pois acreditava que o fato de o período da manhã ser mais movimentado possibilitava um maior número de distrações para o internado, que poderia sentir o tempo passar mais rápido.

Contudo, a diferença entre os períodos manhã e tarde foi mínima no hospital particular, de modo que o período do dia como um todo era considerado pelos internados mais movimentado do que o período da noite.

No hospital público as acompanhantes A7 e A8 afirmaram que o período da manhã era realmente mais movimentado, tumultuado e barulhento, pois era o horário da arrumação, do banho, da troca de plantão. No entanto, a acompanhante A9 tinha a percepção de que a tarde era mais movimentada, principalmente, devido à entrada das pessoas durante o horário de visitas. Já a internada I7 do mesmo hospital afirmou haver mais barulho no período da noite. Segundo ela, o barulho vinha da rua e da movimentação dos profissionais de saúde dentro do hospital, principalmente em função dos equipamentos, que “quebravam” o silêncio da noite.

Como constatado por meio das observações, o movimento no período da manhã foi mais intenso, assim como o barulho gerado também mostrou-se maior em todos os hospitais. As conversas dos acompanhantes, internados e funcionários, que costumavam

ocorrer em tons elevados, misturavam-se ao som do telefone, que constituía ruído constante na internação, juntamente com os passos apressados das pessoas pelo corredor e o som das campainhas de urgência acionadas pelos internados. Além disso, enquanto no hospital de ensino acrescentava-se o som externo proveniente das ambulâncias, no hospital público, incluíam-se os sons do alto falante, das obras realizadas na instituição, bem como o som elevado proveniente das televisões de todos os quartos.

No hospital de ensino e no hospital público foi comum os internados dormirem à tarde, geralmente, quando as luzes das enfermarias eram apagadas e as janelas de alguns quartos eram fechadas para que as pessoas pudessem descansar.

Apesar do barulho do hospital público diminuir após o almoço, com a redução da circulação de pessoas, o dia no hospital público era uma “autorização automática” para a movimentação e o barulho dos funcionários do hospital, que não se sentiam incomodando ou atrapalhando ao fazer qualquer ruído. Neste sentido, mostrou-se difícil para os internados descansar de dia, pois muitas vezes eles eram acordados pelas conversas e pelo barulho feito por funcionários na enfermaria e no corredor.

Muitos internados do hospital de ensino se sentiam cansados durante o dia, porque não dormiam bem à noite – muitas vezes por causa da luz acesa nas enfermarias e do barulho das pessoas conversando e trabalhando. Esta constatação trazia implicações para a rotina dos internados durante o dia, pois se eles não conseguissem descansar durante a noite, com certeza tentariam fazê-lo durante o dia. Como o período diurno era mais movimentado, o descanso do internado era dificultado, condição que precisa ser considerada.

Sant’Anna (2001) aponta que o sono do internado tende a ser cortado em diversas partes, transtornando a alternância entre dia e noite. De fato, considerando a realidade das três instituições e comparando-a com a concepção de saúde ampliada, percebe-se que o hospital não está preparado para lidar com o indivíduo em todas as suas dimensões. Nesse sentido, os diversos aspectos que contribuem para a saúde das pessoas (BUSS, 2000), como o sono, não são priorizados.

Essas diferentes constatações e pontos de vista demonstram que a percepção do espaço e do tempo, para além das questões objetivas, era bastante influenciada por questões subjetivas. Segundo Ades (2002), diversos psicólogos têm se mostrado fascinados pela subjetividade da estimativa da duração do tempo. Para o autor, o tempo codificado socialmente sofre as discrepâncias criadas pelo desejo e desempenho.

É importante frisar que a percepção dos períodos ocorria de acordo com certos padrões, geralmente utilizando-se os sentidos. A este respeito, Hockenbury e Hockenbury

(2003) esclarecem que a percepção é o processo de integração, organização e interpretação das sensações que são geradas pela detecção de um estímulo físico, como a luz, o som, o calor ou a pressão.

Neste processo, a visão do céu e a luz do sol que entrava através das clarabóias do hospital público, constituíam uma referência sobre o tempo para quem passava o dia dentro do edifício, demarcando a passagem da manhã, tarde e noite.

Do mesmo modo, o espaço da internação da instituição pública se modificava conforme a passagem do tempo, principalmente, de acordo com a mudança de temperatura. Assim, a temperatura da cidade também interferia na forma como os internados se relacionavam no espaço. O dia frio, por exemplo, contribuía para que os internados saíssem menos do leito. Assim, era visível a interferência da temperatura no comportamento dos internados, o que poderia trazer implicações para as vivências de lazer, pois, se as pessoas não estivessem inclinadas a desenvolver ou a participar de nenhuma vivência de lazer, seria preciso pensar em formas de estimulá-las e motivá-las.

Contudo, no hospital particular a percepção sinestésica do espaço era dificultada. Os períodos do dia não apresentavam diferenças marcantes para o internado, levando-se em consideração a artificialidade da temperatura, que não permitia que se sentisse a mudança climática natural no decorrer do dia, e a barreira da porta do quarto, que impedia uma percepção maior dos acontecimentos do espaço como um todo, por meio da audição e da visão.

Nesse sentido, Ades (2002) afirma que a percepção da duração do tempo decorre de uma construção psicológica, que é a própria maneira de se chegar a uma realidade, a qual não vem pronta através dos órgãos dos sentidos e que não “jorra” automática de fontes inatas.

O Internado I2 do hospital particular demonstrou isso em seu depoimento:

A noite tem mais silêncio, menos gente circulando, conversando e tal, fazendo barulho. [...] as atividades à noite cessam bastante. É notável isso, tanto é que é a hora de dormir, de descansar, de repousar, mas assim... [...] em termos de manhã e de tarde... Percebe-se pela situação frio, calor, sol, ou não. Não noto diferença nenhuma. (I2)

Ainda em relação ao movimento na internação, segundo a Internada (I4) do hospital de ensino, existia muita diferença na internação entre os dias de semana e os dias de fim de semana. De acordo com I4, o número de visitas era menor no fim de semana, estes dias eram menos barulhentos e menos movimentados: “[...] sábado e domingo a gente passa tranquilo...”.

Um aspecto que se repetiu em todas as instituições, com maior ou menor intensidade, se refere às visitas dos médicos aos internados. As visitas de um modo geral eram rápidas, durando cerca de cinco minutos, com raras exceções.³¹ Assim, os médicos passavam mais tempo nos postos de enfermagem lendo os prontuários, realizando suas evoluções e prescrições do que com os internados. Também, foi raro os médicos fazerem visitas no período da tarde e mais de uma visita ao dia. No caso do hospital particular, houve muitas tardes de observação, em que não foi avistado nenhum médico na internação.

Os fisioterapeutas dos hospitais estavam todos os dias na internação e passavam um tempo maior com os internados. No entanto, sua atuação apesar de mais demorada, não era extensiva a todos os internados do setor. Somente alguns utilizavam os serviços da fisioterapia.

Por meio das observações, foi verificado que o tempo de trabalho no hospital particular e no hospital público é marcado por ritmos. Enquanto o trabalho da equipe de enfermagem nos períodos da manhã era mais intenso, a tarde possuía um ritmo mais brando, onde por curtos momentos os profissionais da equipe de enfermagem conseguiam se sentar, conversar e descansar. Com o aproximar do horário de troca de plantão dos técnicos de enfermagem, estes lidavam de forma diferente com o tempo e com as atividades, de modo que o ritmo de trabalho se acelerava. O acelerar das ações era uma tentativa de finalizar o trabalho dentro do horário, a fim de evitar atrasos na saída, pois era imprescindível que esses profissionais concluíssem os trabalhos antes de deixar o posto.

No entanto, em alguns profissionais não se observou estes ritmos marcados. No caso da enfermeira responsável pelo andar observado no hospital particular, percebeu-se um ritmo de trabalho acelerado e constante que se refletia no andar apressado e na forma de conversar, que também era claramente a de alguém que estava sempre com pressa. Desde a manhã até à tarde ela trabalhava neste mesmo ritmo, devido ao alto volume de trabalho pelo qual era responsável. Com certeza, este ritmo de trabalho influenciava o ritmo dos demais profissionais do setor.

Devido ao regime de trabalho da equipe de enfermagem do hospital de ensino ser de 6 horas, ocorriam duas passagens de plantão durante o dia: uma às 13 horas e outra às 19 horas. Assim, houve uma alternância mais freqüente entre os ritmos que marcavam o tempo

³¹ Um caso específico no hospital de ensino sobressaiu aos demais, pelo fato de o médico responsável pela Internada I4 ficar muito tempo com ela na internação. Eles conversavam e era visível o carinho e a atenção que o profissional tinha para com a mulher. Esta internada enfrentava uma doença que não podia ser curada e estava visivelmente abalada, fraca e desanimada. Neste caso, a intervenção do médico era abrangente de uma série de aspectos que não costumam ser considerados parte da saúde. Pelo menos não nos hospitais investigados.

de trabalho no hospital. Foi possível perceber o acelerar do trabalho da equipe de enfermagem com o aproximar do horário das trocas de plantão. No entanto, esse ritmo acelerado foi menos visível nesta instituição do que no hospital particular e público. Isso porque era muito comum alguns profissionais ficarem até uma hora além do horário de trabalho, realizando a troca de plantão e até mesmo conversando de forma descontraída. De qualquer forma, a manhã possuía uma movimentação de funcionários maior do que a tarde, principalmente porque, exceto os profissionais da equipe de enfermagem, os demais possuíam jornada de 12 horas diárias de trabalho.

Outro comportamento comum em todos os hospitais relacionou-se ao agrupamento dos médicos residentes. Estes costumavam andar em pequenos grupos de 3 a 6 pessoas, dependendo do hospital, o que representava o momento de maior movimentação na internação. No caso do hospital particular, essa movimentação foi discreta, pois os grupos eram menores e tinham um cuidado de falar baixo, com raras excessões. Além disso, o tempo do percurso no corredor do posto de enfermagem até a entrada do grupo em algum apartamento durava pouco. No caso do hospital público, a visita dos médicos residentes também foi discreta, movimentando mais as enfermarias onde o internado visitado se encontrava. No entanto, no caso do hospital de ensino percebeu-se que o comparecimento de residentes nas enfermarias realmente conturbava mais a internação como um todo, principalmente, por causa do espaço restrito dos corredores e das enfermarias em relação aos demais hospitais. Além disso, foi comum a discussão sobre as enfermidades e condições de saúde de cada internado visitado. Isso aconteceu, em geral, no corredor e envolveu o grupo junto com o médico responsável, o que dificultava o trânsito de pessoas e de equipamentos pelo local e gerava barulho significativo.

Uma característica exclusiva do hospital de ensino foi a visita diária de vários professores que adentravam o corredor acompanhados por seus alunos: as aulas ocorriam na internação. Considerando esta realidade, foi comum coincidir as aulas de mais de um professor, fazendo com que a internação ficasse ainda mais conturbada. Em algumas situações, a internação era visitada por até 30 pessoas, simultaneamente, entre professores, alunos e residentes, além da equipe de trabalho, os internados, acompanhantes e visitantes. Em muitos casos as aulas eram bastante constrangedoras, o que foi destacado nos depoimentos, pois o professor e os alunos costumavam chegar sem avisar e se colocavam ao redor do leito de um internado, observando, fazendo perguntas e algumas vezes examinando a pessoa. Nesta situação, o internado era o modelo vivo do que foi estudado pelos futuros

médicos. Muitas vezes o corredor foi utilizado como sala de aula. Nele eram discutidos casos de internados.

Dentre os vários estudantes que tinham aulas na internação do hospital de ensino, destacam-se os estagiários de Enfermagem. Eram pessoas que aprendiam o trabalho dentro do hospital e eram orientadas pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem que trabalhavam no setor. Pelo fato de serem ainda inexperientes, os estagiários nem sempre dominavam totalmente os procedimentos a serem realizados, o que por si só causava insegurança por parte dos internados, que se sentiam em perigo ao serem tratados por pessoas destreinadas. Em alguns momentos, isso gerava conflitos que envolviam a vontade do internado e as condições da instituição para o cuidado: o ensino, ou seja, a formação e o treinamento de novos profissionais. Um exemplo disso foi um dos internados, que não queria que uma “*aluna treinasse*” a pulsão nele. Segundo relatos da acompanhante do internado, a técnica que acompanhava a estagiária respondeu rispidamente que, se o homem não quisesse receber os cuidados da “*aluna*”, deveria procurar outro hospital, pois aquela era uma instituição de ensino que realizava a formação de profissionais.

Os internados do hospital de ensino relataram, nas entrevistas, que não gostavam muito da presença dessas “visitas”. I4, por exemplo, disse ficar muito incomodada com os alunos. Segundo ela, “*eles ficam perguntando muita coisa...*”.

A Técnica de Enfermagem T2 do hospital de ensino complementou que o caráter de ensino do hospital incomodava os internados, porque eles eram demasiadamente “*apalpados*”. No entanto, ela esclareceu que os internados eram alertados sobre esta prática do hospital e se internavam concordando previamente com a política de trabalho da instituição:

E aí vem um aluno, vem outro aluno, vem o aluno de psicologia, vem o aluno de medicina, vem aluno de enfermagem, vem aluno de nutrição, e às vezes cada um dá uma apalpada [...] Às vezes isso incomoda, mas a gente sempre alerta. Aliás, eles têm que ser alertados desde lá debaixo, porque aqui é um hospital escola. E ele vai ser avaliado por muitas pessoas. (T2)

A Acompanhante A5 do hospital de ensino revelou que as visitas constantes dos profissionais de saúde à enfermaria atrapalham o descanso do internado: “*Aqui ele não tem como dormir direito, porque ele está dormindo e vem aquela equipe toda, os médicos falam alto, ele acorda assustado*”.

A Enfermeira E4 do hospital público explicou que os internados também ficam muito incomodados com a presença constante dos profissionais de saúde no leito, seja para

dar remédio ou verificar os dados vitais, porque eles, segundo a entrevistada, atrapalham o sono e o descanso dos internados.

Apesar da busca constante pela satisfação do internado no hospital particular, a Fisioterapeuta F1 disse acreditar que os profissionais eram motivo de grande incômodo para os internados. Assim como F1, a Técnica de Enfermagem T1 também reconheceu que o rotineiro “entra e sai” de profissionais do quarto de internação incomoda o internado do hospital particular, uma vez que representa invasão da privacidade dessas pessoas e interrompe repetidas vezes suas atividades, incluindo o descanso. A Enfermeira E1 mencionou as características do chamado “entra e sai”: “[...] *tem medicação o tempo inteiro, olhar dados vitais, a gente acorda o paciente à noite para olhar dados. [...] tem paciente que seis horas da manhã a gente está olhando dados vitais... Então, a gente modifica muita coisa para eles, entendeu?*” (E1).

Sobre este “incômodo”, é importante ressaltar a realização do cuidado dos internados por diversos profissionais que dividem as tarefas relacionadas ao trabalho hospitalar. Desse modo, o corpo do internado passa por dezenas de mãos de profissionais, que vêm, vasculham e examinam (SANT’ANNA, 2001).

Contudo, apesar das constatações negativas a respeito do incômodo gerado pelos profissionais de saúde, a Técnica de Enfermagem T2 acreditava que a rotina do hospital de ensino, composta pelo trabalho intenso de todos os funcionários, impedia que o internado percebesse a passagem do tempo. Talvez o maior número de internados na enfermaria, a movimentação dos visitantes e das turmas de alunos que circulam pela internação constituam maior distração para os internados.

Conforme a observação feita na pesquisa de campo nos três hospitais, nenhum dos internados podia sair do hospital sem a liberação do médico. No entanto, o deslocamento dentro dos limites espaciais de cada hospital ocorreu com restrições variadas.

O hospital público, por exemplo, possuía poucas restrições quanto ao deslocamento dos internados dentro da instituição. Mesmo assim, a maioria dos internados deste hospital acabava ficando restrita ao leito. Talvez, a restrição ao leito ocorresse por causa da crença dos internados de que fosse sua obrigação ficar no quarto de internação. Além disso, o fato de o internado do hospital público não ter muitas opções de lugares para ir, além do corredor, contribuía para que não conseguisse realizar o afastamento do leito, de modo que acabava passando o dia comendo, dormindo e assistindo televisão deitado na cama. No entanto, nem todos os internados do hospital tinham a impressão de restrição ao quarto, de modo que ficavam fora do leito no período da manhã: andavam pelo corredor, iam à capela,

tomavam sol na janela do quarto ou no corredor. Essa constatação condiz com o depoimento da Médica do hospital público (M3), a qual reconheceu que, ao fazer suas visitas, percebeu que alguns internados, costumavam estar andando no corredor ou no quarto.

Podemos ver, neste tópico, que a internação causa uma mudança na rotina das pessoas. O internado vivencia uma realidade completamente diferente da que estava acostumado fora do hospital. São mudanças referentes ao tempo, ao espaço, às pessoas com as quais se convive, às emoções sentidas, à autonomia para tomar decisões e outros pontos de observação. Masetti (1998) expôs um pouco sobre essa rotina própria dos hospitais:

Do lado de fora desses quartos, a história se repete. É feita do som dos sapatos nos corredores, do abrir e fechar das portas numeradas e das anotações nas pranchetas. A vida dos corredores acontece em linha reta, sem ziguezagues. Os quartos têm números seqüenciados, para que o que vem depois seja sempre previsível, sem surpresas. Também as perguntas que se fazem têm ordem e seqüência específicas. Seguem um modelo impresso. Por isso, obtêm sempre as mesmas respostas. Do lado de dentro, o relógio anda devagar. Nos corredores todos se apressam atrás do tempo, incapazes de pôr o número total de tarefas do dia nos marcadores dos segundos (MASETTI, 1998, p.47).

3.3 O controle dos internados pelo hospital

O Internado I3 do hospital particular chamou atenção para a sua falta de autonomia: *“Lá fora eu tenho opções de atividades, e aqui não. [...] As opções aqui são que as pessoas indicam para mim. [...] Eu não tenho opções de falar, opções de participar, de decidir sobre outras coisas.”*.

A pouca autonomia percebida por I3 interferia em sua percepção daquilo que sentia falta: *“Eu acho que eu não sinto falta, porque eu acho que eu não posso... Como é que eu vou trabalhar? Como é que eu vou fazer alguma coisa?”*. Percebe-se, então, que o internado sentia falta de determinados aspectos, como o trabalho, que não eram considerados por ele possíveis de serem desenvolvidos dentro do hospital. A sua Acompanhante (A2) reforçou isso, pois ela afirmou que o internado I3 sentia falta de cozinhar, uma prática diária e prazerosa que ele tinha fora do hospital, mas que certamente não poderia desenvolver dentro da instituição enquanto estivesse internado e, portanto, não pensava nas possibilidades de acesso a essa vivência.

Sobre as normas do hospital particular, alguns entrevistados fizeram uma analogia entre esta instituição e uma prisão (I2, I6, T2) devido ao fato de a pessoa não poder sair do local, mesmo se desejar:

[...] o hospital é como uma prisão. Você está aqui, você não pode sair. Eu não posso ir lá embaixo comprar um lanche, uma coisa. Não posso. Tem toda uma regra para eu sair daqui, tem que ter um laudo de alta, tem que ter assinatura do médico. É como uma prisão. Mas uma prisão no bom sentido, de me curar dos males que eu estou sentindo. (I2)

De modo geral, os internados demonstraram estar cientes do controle exercido pelo hospital sobre eles, acreditando ser esta uma característica necessária para a instituição. O internado que chamou o hospital de prisão (I2) afirmou: *“O controle é todo do hospital! [...] Isso não é confortável, mas é a parte do sacrifício que você (sic) tem que fazer pelo tratamento a que eu me submeto.”*. Outro internado do hospital particular afirmou: *“A gente tem que dançar conforme a música! E facilitando para eles e não para mim.”* (I1). O mesmo internado falou em seguida: *“O hospital está totalmente organizado... E eu cuido das minhas coisas em prol dele, colocando em primeiro lugar os horários do hospital.”*. No entanto, houve aqueles que acreditavam que os internados não percebiam ser controlados dentro do hospital (E2).

No caso do hospital de ensino, as evidências de concessão de autonomia aos internados foram maiores. Em alguns casos, os internados retornavam sozinhos de exames realizados em outros andares. Essa autonomia dos internados não incomodava a equipe de enfermagem e era estimulada. Contudo, pareceu ter mais relação com a facilitação do serviço hospitalar do que propriamente com a extensão da autonomia dos internados. Outra constatação se refere ao deslocamento de internados pelo hospital. Este foi encarado com normalidade e como algo positivo pelos funcionários, que não apresentaram sentimento de superproteção dos internados, nem se mostraram receosos da fuga destes indivíduos, quando estes se aproximavam do *hall* central. Não importando se estavam presos ao soro, à dieta, à sonda ou se possuíam acompanhantes ou não, os internados eram incitados a sair do leito. Para facilitar essa mobilidade eram disponibilizados suportes com rodinhas para as bombas, o soro e a dieta, que podiam ser conduzidos tranqüilamente pelos próprios internados, o que não ocorria nos demais hospitais, que possuíam poucos suportes para disponibilizar para os internados. O único momento em que a liberdade concedida aos internados gerava um incômodo era quando comprometia o serviço da equipe de enfermagem.

O incentivo à autonomia dos internados do hospital de ensino em alguns aspectos reflete a visão de saúde dos profissionais. O entendimento de saúde parece estar ligado à idéia de que é importante se movimentar. Mesmo que este posicionamento vise acelerar a alta dos internados, se o profissional não acreditasse na importância disso ele não estimularia esta atitude nos internados.

Mesmo se sobressaindo em relação aos demais hospitais, o hospital de ensino restringia a autonomia dos internados. Segundo os voluntários I4, I5 e A5, as pessoas ficavam menos à vontade dentro do hospital de ensino e sentiam mais falta da liberdade. O Médico M2 que trabalhava neste hospital observou: *“[...] eles ficam aqui, presos dentro do corredor do hospital, então o máximo que eles fazem é dar uma voltinha aqui fora, na parte dos elevadores ou ali na escada que tem acesso à vista, mas é o máximo que eles fazem aqui dentro.”*.

Além disso, o fato de os internados do hospital de ensino ficarem afastados do mundo externo não só fisicamente por estarem internados, mas também mentalmente, por não terem acesso fácil à televisão, rádio ou a outro meio de comunicação, também compunha a limitação à autonomia destas pessoas.³²

Ao contrário do hospital de ensino, no hospital particular, o trânsito de pessoas internadas sem acompanhamento era visto na instituição com desconfiança e receio, demandando certa atenção por parte dos profissionais. O controle exercido pelo hospital sobre o internado mostrou-se grande, de modo que era preciso uma autorização para se deslocar pela instituição. Por isso, os internados só eram levados para fazer exames ou qualquer procedimento fora da unidade de internação de cadeira de rodas ou maca. Mesmo que eles não tivessem qualquer problema para andar, não estivessem fracos ou incapacitados e quisessem ir andando, isso não era possível. Este procedimento constituía uma forma de os funcionários identificarem os internados dentro do hospital, para manter o controle sobre eles e disciplinar seus comportamentos nesta instituição.

No hospital particular a questão do controle se justificou em grande medida pela responsabilização da instituição sobre cada pessoa que se internava. Em grande parte, havia uma transferência da responsabilidade do sujeito para o hospital, que tirava dos internados a

³² Especificamente durante a coleta de dados nesta instituição, estavam ocorrendo os Jogos Olímpicos de 2008. No entanto, ninguém parecia estar informado sobre o evento, pois não se ouviam comentários sobre o assunto. A Acompanhante A5 comentou que seu marido estava assistindo toda a programação dos jogos em casa antes de se internar, mas agora não falava mais nada. Tudo foi interrompido pela falta de acesso dentro da instituição a meios de comunicação, como rádio e televisão.

sua responsabilidade pessoal por seus atos. Quem tomava as suas decisões durante a internação e decidia o que cada pessoa podia ou não fazer era o próprio hospital.

A Enfermeira E1 do hospital particular qualificou as limitações da autonomia como negativas e pontuou que o

[...] ambiente fechado, de não poder sair daquele lugar de jeito nenhum. Não pode sair do andar. [...] sair do hospital não pode, mas tem hospital que você tem uma opção. Lá no hospital não, lá é tudo fechado e você não tem nem uma janelinha no corredor, você não tem nada... Você fica naquele cubículo. Eu acho que isso às vezes os deixa aflitos. Tem gente que às vezes pede [...] para abrir aquela portinha do fundo para poder sentir um ar. (E1)

Apesar disso, E1 demonstrou não se sentir à vontade para liberar os internados para irem a outros locais, uma vez que era sua responsabilidade o cuidado a eles.

As observações demonstraram que a idéia de proibição do deslocamento pelo corredor e demais espaços das instituições era uma regra não formalizada, mas internalizada pelas pessoas. Segundo o relato de I7, mesmo que ela estivesse andando normalmente, não teria liberdade de transitar por outros espaços do hospital público além da internação, porque a regra do hospital não permitia. Sua acompanhante, A7, confirmou a falta de liberdade de I7.

No hospital particular, de certa forma, o corredor era um local “proibido” e inadequado para o internado e que lhe causava constrangimento, pois se constituía em uma área de trabalho. Assim as pessoas não se sentiam totalmente à vontade neste espaço.

Mesmo não havendo a clara proibição da circulação pelo hospital público, os internados não se sentiam bem em fazê-lo. Talvez a permissão não estivesse assim tão clara para os internados, ou talvez eles não tivessem sido bem informados pelos profissionais de saúde do hospital, de que não atrapalhariam o serviço se circulassem pela instituição. A Acompanhante A4 demonstra esta possibilidade de má informação ao explicar a necessidade de restrição do internado ao leito: “*Eu sei que na internação a gente não pode querer muita coisa, tem que ficar só deitado.*”. Como a Enfermeira E2 disse, em muitos casos o internado “*[...] acha que tem que ficar restrito ao leito, porque ele está ali ligado a uma máquina e não é assim. Pode desligar.*”.

A Enfermeira E2, do hospital público, reconheceu a interferência das características dos internados e da equipe de profissionais no processo de saída do leito. Ela comentou:

Talvez seja a falta de orientação técnica [...] todo paciente a gente tenta passar para ele: ‘Olha, você pode desligar da tomada...’ [...]. Mas tem uns que são tão simples que [...] não sai... Às vezes tem medo de sair carregando

o andador, mais a máquina, mais o soro... Ele tem medo de sair na realidade. Então, acho que por esse lado a enfermagem tem que estar incentivando ele a sair mesmo do leito, o tempo todo. Ele fica independente e não tem que estar restrito ao leito por causa de máquina, porque máquina não impede ninguém de estar saindo, não. (E2).

Além disso, de acordo com Sant’Anna (2001), a rotina de esperas, com seus sofrimentos e solicitações, cria para o doente a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital.

A Técnica de Enfermagem do hospital particular (T1) complementou que a limitação da autonomia é angustiante, principalmente para aqueles internados conscientes³³ que se cansam do corredor e não podem sair do andar da internação, o que gera esta idéia de estar preso ao espaço. Quando a “prisão” se dá no leito a situação é ainda pior. Isso ocorria com I1 que tinha a sua autonomia limitada e era obrigado a ficar no leito por algumas horas devido ao tratamento.

Os internados do hospital público também não recebiam tantos estímulos para andar como no hospital de ensino. O fato de estarem presos ao soro, à dieta e à sonda se constituía efetivamente em um entrave para a sua locomoção, já que nem todos os suportes para estes equipamentos eram móveis e os suportes existentes tinham defeitos diversos. Era mais fácil andar quando havia o acompanhamento de alguém da família, pois esses acompanhantes apoiavam o internado e seguravam os equipamentos de tratamento. No entanto, devido às restrições do hospital, poucos internados possuíam acompanhantes. Um internado encontrou uma forma bem criativa de andar pelo corredor. Como ele não tinha segurança para andar todo o percurso, ele andava conduzindo uma cadeira de rodas. Quando se sentia cansado, ele se sentava na cadeira pelo tempo que achava necessário. No entanto, esta prática não era possível para todos os internados da instituição, uma vez que no hospital não havia cadeiras de rodas suficientes para todos. Um dos motivos que pode ter estimulado o internado a fazer isso tem relação com a ausência de cadeiras e bancos para os internados se sentarem no extenso corredor.

Um médico do hospital público (M4) afirmou que as atividades do internado nunca eram mais importantes do que as do hospital, de modo que ele sempre tinha que desenvolvê-las de acordo com a rotina do hospital. M4 explicou:

³³ A consciência é uma palavra que designa a noção pessoal das atividades mentais, das sensações internas e do mundo exterior (HOCKENBURY e HOCKENBURY, 2003).

Às vezes, ela [a pessoa internada] trouxe um [...] crochê. Aí chega hora do exame de raio-x, ela tem que largar lá e fazer o raio-x. Aí o raio-x demora, atrasa, e tal e volta. [...] Chega lá, chega o almoço. Se ela não comer ali, perde o almoço. Aí chega medicação. Aí chega outro médico. Aí chega o horário da visita. Com certeza. A rotina do hospital influi. Se ela quiser trazer alguma coisa por fora, eu acho que atrapalha. (M4)

Contudo, o Médico M4 acreditava que definir a rotina era algo que dependia do caso do internado. Ele esclareceu que, se o internado precisar de uma intervenção do hospital urgente, a prioridade será do hospital. No entanto, se não houver nenhuma intervenção urgente, poderá haver uma adaptação à rotina estabelecida pelo internado. Ele reconheceu que a rotina do hospital se sobrepõe à do internado, principalmente porque a realidade da instituição é a de lugar onde o volume de intervenções é muito grande.

Além disso, a Enfermeira E4 ressaltou que o fato de o hospital público possuir uma rotina própria, não levando em consideração a rotina que o internado desenvolvia antes da internação, interfere na forma como os internados passam o seu tempo, pois eles têm que pensar sempre na sistemática e nas regras do hospital antes de pensar no que querem fazer.

Para E1, a obrigatoriedade do banho pela manhã era um indicador do controle da rotina do internado pelo hospital particular. Segundo ela, a equipe possuía “*um horário definido*”, que deveria ser cumprido para evitar problemas que fizessem com que as tarefas prioritárias ficassem comprometidas. Já a Fisioterapeuta F1 disse acreditar que as visitas dos profissionais no quarto do internado são o símbolo do controle do hospital sobre o tempo dos internados. Para F1, essas visitas acabavam fazendo com que os internados tivessem “[...] *que parar o que eles estão fazendo, o filme que está acompanhando, ou a conversa das visitas externas que estão chegando para ele, às vezes tem que ser interrompidas um pouco, para o pessoal do hospital estar fazendo o seu trabalho dentro do quarto e com o paciente*”.

Nesse sentido, o estabelecimento de regras pareceu ser inevitável em muitos aspectos e fundamental para que a instituição hospitalar particular possa funcionar e cumprir o seu papel com eficiência. A acompanhante A2 tinha este entendimento. Para ela, o hospital particular possuía a sua prática e a sua rotina, que eram pensadas de forma programada para que houvesse um controle dos horários da realização dos procedimentos dentro da instituição. De certa forma, esta programação interferia no acompanhamento pelos internados da rotina do hospital através das horas, mas não restringia seus comportamentos. A Médica M3 também disse acreditar ser necessário o estabelecimento da rotina para a organização dos serviços da internação do hospital público. Apesar disso, ela acreditava que poderia haver uma flexibilidade maior.

A este respeito, Sant’Anna (2001) argumenta que a tirania do tempo do relógio é justificável no hospital, pois o respeito à rotina pode salvar vidas. No entanto, para Foucault (1979), esta tirania se relaciona com a idéia de disciplina que é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos durante todo o tempo da internação. Assim, o hospital exerce o controle sobre o desenvolvimento da ação e não sobre o seu resultado. Para isso, os doentes são individualizados e distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece.

Baseado nesses depoimentos percebe-se que o controle por meio das regras formais e informais é realizado dentro do hospital com uma função específica: manter a organização e a ordem da instituição. Partindo deste princípio, podemos dizer que esta função é conflituosa, por gerar desconforto, ansiedade e insatisfação por parte de alguns internados, constituindo um exemplo claro do que Merton (1964) chamou de disfunção. Além disso, é importante problematizar se os internados que valorizaram o controle dentro do hospital tinham consciência do quanto uma postura menos controladora e rígida por parte da instituição poderia originar uma relação muito menos traumática com a internação. Não se pode responder esta pergunta com os dados de que se dispõe nesta pesquisa, mas esta problematização é muito instigante.

Mesmo com tantas constatações que reforçam o caráter controlador do hospital, nem todos os profissionais percebiam a sua ocorrência. A Médica M1, por exemplo, não visualizava o controle exercido pelo hospital particular, diversamente do percebido pelos demais voluntários da pesquisa. Para ela a escolha do que fazer “*[...] fica a critério do paciente. Ninguém impede ele de vir, sentar aqui, ficar tomando sol, ficar conversando. E nem se ele quiser ficar o tempo inteiro no quarto dele... Está a critério do paciente. O hospital não interfere nisso não. [...] Não necessariamente precisa ficar restrito ao leito, não*”. No entanto, a própria voluntária reconheceu que a restrição do internado ao quarto e o fato de ele ficar mais tempo ali eram os fatores mais marcantes da internação.

3.4 As relações interpessoais: Em pauta, a convivência

A afirmação de um internado revelou a tônica dos serviços prestados pelo hospital particular: “*Eu falo que não sou paciente, fico igual cliente.*” (I1).

Nessa instituição eram perceptíveis o bom humor e o sorriso da equipe de funcionários. A Enfermeira E1 explicou em seu depoimento que a postura sorridente e bem humorada da equipe de enfermagem ao entrar nos quartos era proposital. Segundo ela, entrar naquele espaço com o semblante *“[...] de que o dia está péssimo, não ajuda o paciente”*. Por isso tentava-se *“manter um astral bom [...] um clima um pouco mais de conforto, um clima mais tranquilo”*. De certa forma, esse posicionamento sugere que a equipe de enfermagem pode exercer alguma influência na atitude que os internados adotavam.

Nesse sentido, a Fisioterapeuta F1 do hospital particular possuía uma justificativa para o comportamento dos profissionais: *“[...] tem que chegar com estímulos [positivos] para dar para a pessoa, para ela sair daquela condição em que está. E muitas vezes está na mão da gente.”*.

A Acompanhante A2 percebia essa interferência dos profissionais do hospital particular sobre os internados. Segundo ela, a influência profissional era até melhor do que a dos familiares, porque a ordem dos profissionais não costumava ser contestada como a dos familiares, pois possuía um apelo diferente: *“E as pessoas, quando o hospital faz um movimento diferente que partiu dele, ele tem mais poder. Igual eu falei, ele passa a valer como uma prescrição médica.”*.

Também no hospital público investigado o relato da Médica M3, revelou que os funcionários eram mais preparados para serem atenciosos do que em outras instituições públicas. Segundo M3, isso ocorria, pois este hospital investia em treinamentos para os funcionários que trabalhavam mais satisfeitos. No entanto, com base nas observações, dos três hospitais, o hospital particular possuía um atendimento aos internados diferenciado.

A maioria dos entrevistados (internados I1, I2, I3, I4, I5, I6, I8, I9 e acompanhantes A1, A3, A4, A6, A7, A8 e A9) acreditava que a relação dos profissionais de saúde com os internados era boa. Nesse sentido, a Enfermeira E2, do hospital de ensino, afirmou que a equipe de enfermagem constituía a característica mais marcante da internação para os internados. Segundo ela, o internado *“[...] observa a forma como ele é tratado. [...] quem está cuidando dele, que vai transmitir segurança para ele ou não, para o tratamento dele.”*.

Foi observado que a relação dos internados com a equipe de enfermagem do hospital de ensino costumava ser bem descontraída, o que por si só gerava uma proximidade maior entre essas pessoas. Talvez isso ocorresse devido à presença mais constante e repetitiva dos funcionários nas enfermarias, o que fazia com que os internados não tivessem muitas oportunidades de desenvolver sentimentos de solidão. Este contato gerava a construção de

vínculos entre os profissionais e os internados, que ficavam mais próximos. Por outro lado, a presença constante de pessoas na enfermaria fazia com que os momentos de privacidade dos internados fossem quase inexistentes.

Esta proximidade era evitada no hospital particular, uma vez que a porta fechada delimitava uma privacidade do internado e o distanciamento do posto de enfermagem dos quartos de internação tornava mais extenso o período entre um contato e outro com os profissionais. Prova disso foi que raramente a equipe de enfermagem do hospital de ensino era chamada pelos internados, ao contrário do que ocorria no hospital particular.

De acordo com Arendt (2005), a descoberta da intimidade parece constituir uma fuga do mundo exterior como um todo, para a subjetividade interior do indivíduo, subjetividade esta que antes fora abrigada e protegida pela esfera privada.

Da mesma forma que alguns profissionais eram mais estimados que outros, também houve casos em que os voluntários apontaram falhas no trabalho da equipe e necessidades de mudança (I7, A2, A5).

No hospital de ensino ocorreram relatos de descaso e falta de atenção. Apesar de enfatizar que muitos profissionais eram ótimos a Acompanhante A5 relatou haver um excesso de barulho diurno, causado pelas enfermeiras que davam gargalhadas e falavam alto dentro da enfermaria, incomodando os internados.³⁴

Durante a observação, foi identificado que algumas pessoas da extensa equipe de enfermagem do hospital de ensino costumavam falar muito alto e até gritar em alguns momentos, sendo que alguns profissionais se mostravam ríspidos e mal-humorados.

A Internada I7 acreditava que deveria haver algumas mudanças na relação estabelecida com os médicos. Sobre a sua médica ela disse: *“ela podia ser mais aberta. Escutar mais.”*. E complementou falando a sua opinião sobre o trabalho de qualquer médico: *“[...] o Médico que está aqui, além dele examinar o paciente ele tem que escutar [...]”*.

Como já mencionado neste capítulo, as observações demonstraram que a internada tinha razão em suas reclamações, pois de um modo geral em todos os hospitais investigados, incluindo o hospital público, onde I7 estava internada, as visitas dos médicos eram muito rápidas, durando cerca de cinco minutos.

³⁴ Esta acompanhante vivenciou uma situação de conflito com uma das técnicas de enfermagem da internação. A situação a deixou bastante transtornada e pode ter feito com que ela focalizasse nos aspectos do hospital considerados ruins. No entanto, todos os trechos da entrevista onde se percebeu que havia uma correlação do depoimento com a profissional de saúde participante do conflito com a acompanhante, evitou-se considerar o seu relato, uma vez que a acompanhante poderia estar realizando um julgamento distorcido pela situação de contrariedade que vivenciara.

Sobre a atuação profissional no hospital de ensino, o Médico entrevistado (M2) se restringiu a uma descrição técnica de sua atuação. No hospital particular, observou-se que a relação estabelecida pelos profissionais de saúde com os internados também seguia especificações técnicas. Isto ficou claro no breve relato que os profissionais ouvidos fizeram de sua função dentro da instituição.

Acredita-se que uma intervenção restrita aos conhecimentos ditos *específicos* de cada profissional é pouco e não abrange a idéia de integralidade da assistência (CECCIM, 1997), uma vez que considera somente algumas partes do indivíduo.

Talvez, esta restrição tenha relação com a concepção de saúde destes profissionais e com a visão que eles tinham sobre o trabalho em saúde. Esta consideração tem relação com a falta de uma abordagem mais efetiva na relação e no cuidado do “paciente” no ambiente hospitalar, enunciada por Masetti (1998). A autora ressalta os problemas da formação e da falta de emoção, ou pelo menos da falta de uma atenção maior aos sentimentos das pessoas por parte dos profissionais de saúde:

[...] os profissionais de saúde são muito bem preparados para lidar com doenças, alguns com doentes, raríssimos com pessoas e saúde. Existe um consenso de que as relações dentro do hospital têm um impacto na recuperação do indivíduo. No entanto, a formação acadêmica de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos está voltada para olhar o que não funciona e para se relacionar com isso. (MASETTI, 1998, p.10).

No entanto, outros profissionais de saúde do hospital de ensino, como a Técnica de Enfermagem (T2) e a Enfermeira (E2) demonstraram compreender sua atuação de outra forma. Elas enfatizaram aspectos como a orientação psicológica, religiosa, espiritual e outras questões ligadas aos interesses revelados pelos internados.

Segundo Sant’Anna (2001), a ruptura com a vida cotidiana dos internados desencadeia uma carência, que faz com que as enfermeiras atuem muitas vezes como “doadoras” de presença, atenção e tempo, o que é fundamental para restabelecer os laços entre o internado e a vida. Assim, muitas vezes as enfermeiras e auxiliares de enfermagem tentam transmitir algum afeto e confiança para os internados, a fim de reduzir o constrangimento provocado pela exposição constante de seus males e suas intimidades físicas.

Pode-se afirmar que, mesmo havendo dissonâncias na ação profissional, muitos profissionais atuam levando em consideração um entendimento de saúde ampliado e a integralidade do internado. Conforme Ceccim (1997) lembra, a integralidade da assistência é um dos princípios que regem moral e legalmente as ações e os serviços de saúde em todos os

níveis de complexidade. Isso significa a inclusão das instituições hospitalares neste processo, o que requer o trabalho a partir de uma concepção ampliada de saúde.

As considerações de Carvalho e Begnis (2006), que estudaram o brincar em unidades pediátricas, endossam o pensamento de Ceccim (1997). Para os autores, a existência de um espaço dedicado ao brincar dentro do hospital reflete a preocupação com o bem-estar global do indivíduo ou com o que se denomina *integralidade*.

Outro fator que poderia contribuir para o afastamento entre internados e profissionais e para a impessoalidade nesta relação, era o costume dos profissionais de todos os hospitais de se referirem aos internados através dos números correspondentes aos apartamentos que ocupavam. No hospital de ensino, isso era mais comum entre os professores e alunos que discutiam os casos dos internados da unidade de internação, pois estes não tinham um contato tão freqüente com os internados como os profissionais, que ali trabalhavam constantemente e sustentavam um relacionamento mais formal junto aos internados. No hospital particular, isso ocorria com uma freqüência maior. Como conseqüência, muitos profissionais não lembravam os nomes dos internados, mas sim os números dos seus quartos de internação. Isso era um indício importante de que a identidade e a subjetividade do internado nem sempre eram levadas em consideração, o que comprometia o grau de interação do profissional com o internado.

Essa constatação se relaciona de certa forma com as considerações de Santa'Anna (2001), ao afirmar que um dos exemplos da quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade, é a redução da subjetividade do internado à identificação de elementos corporais (sangue, genes, óvulos, órgãos, ossos e outros congêneres) passíveis de mensuração e avaliação científica.

Além das questões que envolvem a relação com os profissionais de saúde da instituição, também é relevante discutir os aspectos que envolvem a convivência dos internados entre si.

A divisão do espaço entre os internados do hospital de ensino e público estimulava a sociabilização das pessoas. Este estímulo era visível dentro e fora dos quartos, onde foi possível avistar internados andando juntos pelos hospitais. Além disso, foi possível acompanhar situações de alta de internados em que os internados demonstravam o pesar pela separação. Afinal, para muitos internados, acompanhar a alta dos companheiros de quarto não era fácil. Segundo o relato de M3, era comum o internado que permanecia no hospital após a alta de seus companheiros ficar ainda mais ansioso, principalmente, por causa do rompimento do laço de amizade construído.

Nesse contexto, Bellato e Carvalho (2002) perceberam no estudo que realizaram que o sentimento do internado que fica é um tanto ambíguo, pois se por um lado ele se alegra com e pelo outro diante da sua partida, por outro ele se entristece com a perda daquele que lhe fazia companhia, com quem compartilhava o cotidiano do hospital.

A convivência na enfermaria possibilita a construção de vínculos de amizade entre os internados, muitas vezes entre pessoas de internações e quartos diferentes. Portanto, pode-se dizer que a internação coletiva evita a reclusão, pois mesmo sem acompanhamento o internado nunca está sozinho. Esta era a opinião da médica M3, que afirmou:

[...] na maioria das vezes a gente vê que um ajuda o outro. A gente até brinca que tem um que vigia o outro. Os acompanhantes também ajudam. Mas têm alguns pacientes que ficam mais incomodados. E eu acho que essa convivência é até boa. Eles contam caso, eles ficam amigos. (M3)

No estudo realizado por Januzzi e Cintra (2006), concluiu-se que a convivência tinha o papel de facilitar a relação interpessoal entre as pessoas. Observou-se que 79% dos idosos internados entrevistados afirmaram ter feito novas amizades e ampliado a rede de colegas. As pessoas que participaram desses novos relacionamentos incluíam outros internados e profissionais em geral.

Nesse sentido, percebe-se que o hospital pode ser um lugar onde as pessoas estabeleçam vínculos de amizade que podem se estender para além da convivência na instituição. A sociabilização e o contato pessoal dentro do hospital se relacionam intimamente com a idéia de *integralidade*, que pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas e que integra a promoção, a prevenção e o tratamento na prática clínica (BRASIL, 2007).

Uma característica importante dos hospitais público e de ensino, que estimulavam a convivência com pessoas de fora do quarto, era de que as portas das enfermarias ficavam abertas a maior parte do tempo. Estas eram fechadas em alguns momentos onde eram realizados procedimentos de maior exposição visual do corpo do internado.

Arendt (2005) ajuda a entender essas relações estabelecidas nos hospitais público e de ensino. Para a autora, o termo *público* denota que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. Desse modo, o que é público é uma aparência que se constitui realidade. Além disso, o termo também significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos.

Esta realidade era exatamente o oposto do hospital particular, onde a preservação da individualidade e da privacidade do internado era regra obrigatória e inerente à própria

instituição, devido à forma de organização do hospital em quartos individuais. Cada internado ficava no seu espaço separado, a portas fechadas, sem incomodar os demais. Assim, as pessoas dificilmente se conheciam ou faziam amizades dentro deste hospital.

O termo *privado* também é discutido por Arendt (2005). Segundo a autora, esta palavra tem uma relação com a idéia de destituição de coisas essenciais à vida verdadeiramente humana, como ser privado da realidade de ser visto e ouvido; de uma relação objetiva decorrente do fato de ligar-se ou separa-se das pessoas. Assim, as quatro paredes da propriedade particular de uma pessoa oferecem o único refúgio seguro contra o mundo público comum (ARENDT, 2005).

Neste sentido, a Técnica de Enfermagem T1, do hospital particular, esclareceu o ponto positivo da internação em apartamentos: nos quartos individuais, o internado podia ter mais privacidade e um contato com um fluxo menor de pessoas. No entanto, houve opiniões divergentes dentro da instituição. Além disso, os internados I1 e I2 consideraram a reclusão da internação particular como algo negativo, que os fazia sentir falta das pessoas em geral, de familiares e de amigos. A Acompanhante A2 também falou o que pensava a respeito do afastamento do internado do convívio social dentro do hospital:

[...] as pessoas da família são importantes, mas também as outras pessoas fazem parte do convívio, das relações. E, têm a oportunidade de ajudar as outras pessoas. Então, eu penso que o hospital, às vezes, não precisava ser tão fechado com relação a isso, o conforto poderia ser até melhor, das pessoas que freqüentam [...]. (A2)

Nesse contexto, o fato de a presença da família não poder ser constante junto ao internado de maneira a amenizar a solidão, também contribui para a necessidade da inter-relação pessoal com outros sujeitos presentes no contexto, visto que o compartilhar é uma característica fundamental dos seres humanos (BELLATO; CARVALHO, 2002).

Todavia, para alguns internados do hospital público, a convivência era considerada um fator negativo. No caso da Internada I7, a convivência com outros internados e acompanhantes a incomodava. Por um lado, as perguntas freqüentes sobre o seu estado de saúde não a agradavam. Por outro, o fato de a maioria dos internados serem mais velhos a incomodava, pois ela se via sem assuntos diferentes da doença para conversar.

O posicionamento de I7 deixa claro que a diferença de idade e, provavelmente, o nível de escolaridade, visão de mundo e interesses pessoais decorrentes disso, podem limitar os assuntos de comum domínio dos internados. Assim, os internados acabam se prendendo

muito a comentários relacionados à doença em si e à internação, que supostamente são de entendimento de todos.

No hospital de ensino, os problemas causados pela alocação de vários internados no mesmo espaço também eram recorrentes. O pedido mais freqüente dos internados se referia à mudança de quarto ou de leito e as justificativas, geralmente, se relacionavam com a intolerância a alguma característica de um dos internados³⁵.

Nesse sentido, é preciso reconhecer que dividir o quarto com outras pessoas é uma difícil prova de convivência, paciência e compreensão para internados e acompanhantes. Conviver com pessoas estranhas e com as suas respectivas famílias requer conviver com diferentes manias e jeitos de ser, sem contar as distintas reações das pessoas à patologia e ao tratamento, que nem sempre são iguais e geram os mesmos resultados, de modo que uns sofrem mais e outros menos. Assim, torna-se compreensível, dentro da internação, que as pessoas tenham que negociar e aprender a lidar com os conflitos provenientes da convivência, o que é uma necessidade também em outros contextos fora do hospital. Como Bellato e Carvalho (2002) esclarecem, o compartilhar de espaço, tempo ou afeto é sempre conflituoso, pois ele não acontece apenas numa dimensão regida pelo racional, mas também num viés de irracionalidade.

Os profissionais de saúde T2 e M2, do hospital de ensino, chamaram a atenção para um outro aspecto específico da convivência: as várias realidades de doença e sofrimento dos internados. Ressaltando essas questões, a Médica M3, do hospital público, afirmou que muitas vezes o “[...] *paciente que está no leito do lado incomoda*”. Ela explicou que às vezes um internado mais agitado, que queixava mais de dor, atrapalhava os demais internados a dormir.

O Médico M2 explicou:

Muitas vezes tem um paciente que é mais grave, ou que tem um problema que é mais constrangedor e o outro paciente tem que ficar vendo aquilo ali todo dia. Às vezes tem um paciente que está muito grave, que vai morrer, por exemplo. Tem que ficar assistindo aquilo ali. Então, é um negócio que incomoda. (M2)

³⁵ A Técnica T2 disse acreditar que a organização do espaço não interferia na recuperação do internado. Mas será que, se o espaço fosse organizado de forma diferente, haveria modificações no tempo de recuperação? Esta questão não será respondida nesta pesquisa, mas se o lazer é considerado pela maioria dos voluntários uma intervenção que interfere na saúde dos indivíduos, inseri-lo dentro do hospital significa alterar o espaço da instituição e, portanto, se os voluntários estiverem realmente certos, o lazer pode modificar o tempo de recuperação dos internados.

Para a Técnica de Enfermagem do hospital público (T3), não havia dúvidas de que a morte de um internado era o que havia de mais marcante na internação. A Médica M3 acreditava que o óbito incomodava muito o internado por gerar um “pavor” de que o mesmo aconteceria com ele.

Realmente, a observação no hospital de ensino e do hospital público constatou que a morte era mais visível nestas instituições do que no hospital particular. Talvez o maior número de internados na mesma internação atrelado ao fato das portas estarem sempre abertas, o que mantinha um contato das enfermarias com o corredor, contribuísse para essa percepção nos dois hospitais. Ao mesmo tempo, como o hospital público era horizontalizado, grande parte da internação era interligada por um corredor único. Assim, era possível acompanhar os acontecimentos ao longe, de modo que os internados acabavam tendo que vivenciar a morte muito de perto.

Além disso, o temor da morte era ainda mais marcante nos hospitais de ensino e público, considerando-se que os internados tinham um contato muito próximo com os demais. Além disso, suas patologias costumavam ser as mesmas ou muito parecidas, o que fazia com que os internados sentissem ainda mais medo de morrer. No entanto, isso não ocorria de forma generalizada, pois havia pessoas que demonstravam não se importar com a morte de alguém.

Sendo assim, considerando a necessidade de dividir o espaço hospitalar, finalizamos este tópico com a afirmação de Toralles-Pereira *et al.* (2004, p.1018): “[...] no quarto a presença de outros pacientes apresenta a necessidade de conviver com mais sofrimento, mas também, a possibilidade de construir um novo cotidiano e fazer novas amizades.”.

3.5 Os espaços do hospital externos ao quarto e a apropriação pelos internados: O corredor

A observação nos hospitais revelou que, para os profissionais, o corredor era um lugar de passagem e de trabalho, enquanto, para os internados e acompanhantes, este espaço podia ser uma fonte de distração e entretenimento. De modo geral, o corredor era um local

onde internados e acompanhantes iam para conversar, atender ao celular e falar com o médico.³⁶

O corredor do hospital particular representava uma ligação do internado com o mundo externo. Mesmo sendo a dinâmica do hospital pensada para que o internado ficasse dentro do quarto com a porta fechada, alguns internados conseguiam modificar esse arranjo. Principalmente pela manhã, estes andavam pelo corredor, geralmente a passos lentos, observando o que encontravam pelo caminho. Sozinhos, com seus acompanhantes ou visitantes, os internados andavam em silêncio ou conversando. Um internado, por exemplo, vinha freqüentemente ao corredor buscar água: um pretexto para ter acesso àquele espaço. Ele andava vagarosamente, olhava tudo ao redor e procurava conversar com quem estivesse por perto. Na maioria das vezes, as pessoas que encontrava pelo caminho eram a atração principal.

No hospital de ensino, os internados quase nunca ficavam no leito. Uma internada passava o dia sentada nas cadeiras do *hall* central, um local bem mais afastado do Posto de Enfermagem do que a sala de espera ou sala de estar. O Internado I5 também conseguia um afastamento considerável do leito, ficando boa parte do dia nos corredores fora da sua internação. Às vezes este afastamento do leito acabava prejudicando a execução do serviço da equipe de enfermagem e causava certa insatisfação aos profissionais. O afastamento dos internados deste hospital era maior do que o afastamento dos internados do hospital público. Talvez isso ocorresse porque, no leito do hospital de ensino, havia pouca possibilidade de distração em relação aos demais hospitais, que disponibilizavam a televisão para os internados.

De um modo geral, os internados utilizavam o corredor como uma forma de distração, pois, ao caminhar por ele, entravam em contato com a movimentação daqueles que trabalhavam, com uma dinâmica acelerada, que não estava presente dentro do quarto, e tinham a oportunidade de interagir com este mundo. Esta prática dos internados de andar pelo corredor, já havia sido apontada anteriormente por Januzzi e Cintra (2006). No estudo relatado pelas autoras, 36% dos entrevistados citaram a caminhada como prática de lazer dentro do hospital. Nesta dissertação, foi identificado que “caminhar” era a ação de andar pelos corredores do hospital e alternava o papel de lazer e de necessidade.

Contudo, quando percebiam que era hora da intervenção da equipe de enfermagem ou do médico, comumente os internados interrompiam, adiavam ou desistiam de

³⁶ Em situações mais delicadas era comum os médicos conversarem com os acompanhantes no corredor.

andar no corredor dos hospitais, mesmo que a espera significasse passar a manhã toda no quarto, aguardando os profissionais.³⁷

Apesar disso, nem todos os internados do hospital particular apresentavam esses comportamentos. Um internado, por exemplo, passava a maior parte do dia na sala de espera ou na sala de estar. Isso acabou fazendo com que as técnicas de enfermagem passassem a ir direto a esses locais para levar remédios e monitorar dados vitais. Isso era feito sem incômodo algum por parte delas (pelo menos aparentemente), o que demonstrou que mudar a rotina da instituição era perfeitamente possível, desde que as pessoas estivessem abertas a fazê-lo.

O Internado I1 sempre deixava aberta a porta de seu quarto durante o dia, tanto quando ele estava dentro como fora do quarto. Isso fazia com que o corredor se tornasse extensão do quarto, permitindo ao internado ouvir o telefone tocando dentro do seu quarto, quando estava no corredor, e acompanhar o movimento da internação como um todo, quando estava dentro do seu apartamento.

Havia internados no hospital de ensino que não conseguiam se afastar do leito, o que quase sempre era considerado desagradável. As acompanhantes A4, A5 e A6 relataram que os internados que acompanhavam se sentiam incomodados e insatisfeitos em ficarem deitados todo o tempo. No hospital público as internadas I7 e I9 passavam pelo mesmo problema. A Internada I9 relatou uma realidade permeada pela ociosidade: *“Meu dia é dormir à noite, levantar de manhã, tomar banho e dormir de novo. [...] Aqui é só deitada mesmo, ou então andar no corredor.”*.

Conforme discutido no campo de estudos do lazer, a ociosidade é bem diferente do ócio. Enquanto o ócio significa nada fazer por opção, a ociosidade é um tempo desocupado que é caracterizado pela falta de opção do indivíduo para realização de atividades e de contemplação (MARCELLINO, 1987).

Percebeu-se que o Internado I1 ficava no corredor motivado por uma atitude pessoal. Assim, I1 quase não ficava deitado no leito. Ele explicou a sua atitude diante da internação: *“[...] procuro me vestir, tirar o pijama, por um short, uma camisa... Como se eu estivesse na minha casa. Me sentir bem... Ficar de cabeça erguida, brincar com todo mundo... Por que isso repercute... Não vou ficar deitado de pijama, porque eu estou em um hospital.”* (I1). Este internado tinha uma atitude relevante, pois se empenhava em preencher o seu tempo enquanto estava internado no hospital.

³⁷ No caso dos médicos, bastava que sua presença no posto fosse notada pelos internados para que o mesmo efeito se produzisse.

Esta observação demonstra que os internados sofrem influência do seu comportamento ou do seu modo de proceder durante o processo de internação, o que também se pode chamar de *atitude*, de acordo com o posicionamento de Hockenbury e Hockenbury (2003).

Contudo, nem sempre ficar no leito era opção decorrente da atitude dos internados. Muitas vezes as influências do processo saúde-doença norteavam as ações dos internados dentro da internação. Em muitos casos, percebia-se uma luta do internado entre o desejo de não ficar no leito (atitude) e as necessidades físicas e corporais decorrentes do processo de saúde-doença. Por exemplo, um internado do hospital de ensino que havia passado por um procedimento cirúrgico recente, por exemplo, queria muito ficar sentado nas cadeiras do corredor vendo o movimento e conversando. No entanto, não conseguia se manter desperto e acabava dormindo no local.

Outros relatos de voluntários do hospital público (I7, I9, A7 e A9) demonstraram que o processo saúde-doença que os internados vivenciavam interferia na utilização do tempo. Januzzi e Cintra (2006) também observaram isso em sua pesquisa junto a idosos internados. Para as autoras, o fato de os internados de determinada unidade de internação especializada participarem de mais vivências de lazer do que em outra unidade era indício de que o quadro clínico poderia ser um fator limitante para esta participação. As autoras chegaram a esta conclusão após perceberem que os internados que participavam de mais vivências de lazer mostravam-se em condições clínicas de menor complexidade, em comparação com os demais.

Assim, não bastaria falar na interferência do fator *atitude*, pois mesmo os internados demonstrando interesse e vontade de modificar a sua rotina, outros fatores poderiam ser um impedimento. Era necessária a conformação de uma estrutura pensada para incluir os internados em novas atividades e vivências dentro e fora do leito. Do contrário, os internados poderiam não ter opção de modificar a utilização de seu tempo, como reconheceu a Técnica de Enfermagem T3.

Assim, a Internada I4, do hospital de ensino, só se sentia confortável quando estava deitada no leito de internação, o que representa um alerta para a necessidade de pensar o lazer para as pessoas que ficam presas ao leito, não por preguiça, comodismo ou falta de informação, mas por limitações do estado de saúde.

Nesse sentido, a acompanhante A7 revelou que a doença desestimulava a internada I7 de sair do quarto, de modo que ela mesma se restringia a esse espaço e não conseguia estabelecer um olhar diferente sobre o hospital: *“Ela não gosta de sair demais do quarto, para ninguém ficar olhando para ela pela condição que ela está.”*.

O Internado I3 criticou o espaço do quarto do hospital particular por ser muito fechado. Sua acompanhante (A2) disse ter a impressão de que o espaço fechado trazia uma sisudez e um aspecto de doença. Ela explicou o sentimento de I3 diante da internação:

Entre quatro paredes para ele é meio difícil. [...] ele fica se sentindo meio enjaulado. Aliás, na verdade, ele fica mesmo um leão enjaulado. Eu acho que é exaustivo, tendo em vista a quantidade de dias que vai ficando. Vai ficando é monótono a partir daí. E quando o paciente volta da intervenção, ele volta meio ainda dependente, às vezes até com um tipo de medicamento que ajuda ele a ficar mais tranquilo. Mas, depois vai se inteirando do ambiente e vai se sentindo mesmo meio preso. Até para andar no corredor ele não gosta. (A2)

Além de revelar que o Internado I3 se sentia preso e, ao mesmo tempo, que não queria sair do quarto, o relato da acompanhante A2 mostrou que a permanência do Internado I3 no leito era estimulada pelos medicamentos que ele tomava, por uma reação natural à operação pela qual passara e pelo momento da doença que I3 enfrentava:

Eu acho que é o conjunto de determinantes, porque, na verdade, é claro que ele está andando normalmente. Mas ele fica com o soro ligado; ele estava com o dreno, agora tirou. Então, a pessoa fica meio amarrada na cama, tomando medicamento para ansiedade, para dor que amolece, dá uma certa sonolência. Dá um desânimo, que é natural do pós-operatório, o desgaste da operação. Agora, o que eu acho que é mais preocupante, [...] Acho que é o momento. Cada doença traz um tipo de situação para o paciente, cada pós-operatório traz também uma notícia para o paciente. No caso específico dele, acho que é mesmo uma situação pós-operatória que está deixando ele menos à vontade, a idéia de estar aqui ainda, acho ruim, porque, por melhor que seja, são quatro paredes mesmo. E esse descontentamento, porque a pessoa fica nervosa. [...] Esse mau humor que vem da pessoa que fica dependendo dos outros nos primeiros dias. (A2)

Sobre a permanência no leito, a Enfermeira E4 disse acreditar que o internado do hospital público ficava muito restrito ao ambiente da internação, de modo que a maioria ficava no quarto e não saía dele, mesmo se os profissionais de saúde falassem que era permitido andar pelo hospital. Como a Enfermeira E2, do hospital de ensino, mesmo questionou o internado “[...] vai sair da cama para ir aonde? Fazer o quê? Ficar andando no corredor vendo nada? Então, eu acho que falta uma atividade.” (E2).

O mais surpreendente deste comentário é que E2 pertencia ao hospital que mais estimulava as pessoas a sair do leito. Havia um estímulo, que partia dos profissionais de saúde, para que os internados do hospital de ensino andassem pelo corredor. No entanto, mesmo com os estímulos, havia uma dificuldade de promover a saída do internado do leito.

O depoimento da profissional explicitou uma contradição da instituição de ensino, que se referia, por um lado, ao estímulo da autonomia do internado e, por outro, à falta de condições e de preparo do hospital para que o internado pudesse efetivamente lidar com essa autonomia. De que adiantava o internado poder fazer escolhas e lidar com a doença de uma forma mais abrangente e positiva, se ele não possuía alternativas para fazê-lo efetivamente? Assim, fica claro que não basta que a equipe de enfermagem estimule os internados a sair do leito. É fundamental que haja condições para que os internados queiram permanecer fora dele: lugares para se sentarem, vivências para desenvolverem, um espaço agradável para ficarem, etc. Caso contrário, o esforço da Equipe de Enfermagem será inútil. Afinal, se for para vivenciar a ociosidade, os internados preferirão fazê-lo deitados, no local mais confortável.

A profissional de saúde E2 destacou a importância do afastamento do internado do leito, que reconheceu as possibilidades de falhas da equipe neste tipo de estimulação. Além disso, constatou-se na observação que os esclarecimentos sobre a conduta permitida durante a internação não eram obrigatórios para a equipe e não eram realizados de forma sistematizada. Assim, percebeu-se que alguns profissionais tinham um cuidado maior do que outros em elucidar a possibilidade e importância de o internado se deslocar pelo espaço do hospital.

Nesse sentido, é bem possível que a enfermeira esteja certa. Afinal, conforme Toralles-Pereira e colaboradores (2004), a desinformação poderia acentuar a dependência do internado, favorecendo situações de controle e relações de dominação.

De modo geral, o hospital particular parecia não estar preparado para que os internados saíssem efetivamente do quarto. A falta de motivação para esta ação dificultava a recuperação deles, uma vez que se tornava mais difícil avaliar o grau de melhoria da saúde. Além disso, esta postura do hospital, no caso da falta de estímulo para que os internados saíssem de seus quartos, poderia ser proposital, uma vez que era muito mais fácil organizar o trabalho se as pessoas estivessem em seus quartos.

De qualquer modo, a saída do internado do quarto só seria possível se a instituição estabelecesse um olhar positivo sobre ela. Se não, isso se constituiria em mais barreiras para o desenvolvimento de ações de lazer fora dos quartos de internação. Afinal, a patologia e o tratamento realizado muitas vezes limitavam o internado ao quarto. Acreditava-se que sair do quarto prejudicaria o estado de saúde do internado, ou então, que as condições físicas do internado e a aparelhagem utilizada constituiriam impedimentos para o deslocamento do mesmo. O relato abaixo exemplifica isso: “[...] *debilitado como eu estava, [...] eu não tinha nem condição de me movimentar muito pelos corredores e tal. Então, ficava mais no quarto mesmo.*” (I2).

Os pequenos percursos dos internados pelo corredor do hospital público eram, geralmente, passeios desafiadores devido ao longo período de reclusão dos mesmos no quarto, à dificuldade de andar ligada à fraqueza do corpo, e à passividade ocasionada pelo tempo de confinamento. Muitos internados que andavam pelo corredor tinham como meta de percurso chegar às imagens religiosas ou até mesmo à capela. Muitas vezes, quando chegavam ao local pretendido, eles tocavam as imagens, observavam-nas mais de perto, rezavam e retornavam aos seus quartos.

Alguns internados do hospital particular ficavam na sala de estar, que, segundo a Fisioterapeuta F1, era um local onde

[...] o paciente mesmo pode estar vindo receber as visitas. Sair do ambiente do quarto também para não deixar aquilo ali só onde ele dorme, acorda, come, tudo no mesmo lugar, e ter a oportunidade de sair de lá um pouquinho para até fazer com que este tempo passe um pouco mais rápido e seja mais prazeroso para ele. (F1)

No entanto, apesar da Acompanhante A2 considerar o hospital particular espaçoso no que dizia respeito à parte externa aos quartos, ela ressaltava sua dúvida se a sala de espera, que era própria para a visita, era também própria para o internado. Ela ainda complementou que, mesmo considerando o espaço confortável, não se sentiria à vontade nesse ambiente se estivesse internada no hospital. Isso ocorria por causa da percepção de falta de liberdade da acompanhante, o que tinha relação direta com o sentimento de falta de pertencimento ao espaço do hospital.

A ponderação de A2 sobre o espaço do hospital particular é um exemplo do que Bauman (2001) fala sobre a falta de hospitalidade, ou seja, sobre o respeito que o espaço inspira e que provoca o desencorajamento da permanência das pessoas. Para tal, o autor adota o exemplo da praça *La Défense*, de Paris, e comenta: “Nada alivia ou interrompe o uniforme e monótono vazio da praça.”. Nesse sentido, o espaço externo aos quartos é admirado, mas não é ocupado pela maioria das pessoas, pois aos seus olhos é imponente e inacessível.

Na sala de estar da internação do hospital particular, o internado compõe o que Bauman (2001) denomina “espetáculo”. Segundo o autor, “Não há bancos para descansar [...]. Há, é certo, um grupo de bancos geometricamente dispostos no lado mais afastado da praça; eles se situam numa plataforma um metro acima do chão da praça – uma plataforma como um palco, o que faria do ato de sentar-se e descansar um espetáculo para todos os outros passantes que, diferentemente dos sentados, têm o que fazer ali.” (p.113). Do mesmo modo que na praça, quem está de passagem pela internação, chegando ao andar de elevador ou apenas

acompanhando os acontecimentos externos por alguns segundos em que a porta do elevador fica aberta, pode admirar o “espetáculo” produzido por quem ocupa a sala de estar. Este acompanhamento constante inibe os ocupantes da sala de estar que se sentem pouco à vontade.

Levando em consideração o posicionamento de A2, o comentário do internado I2, do hospital particular, foi muito pertinente e complementa a idéia que a acompanhante estava tentando desenvolver: *“O ambiente [...] é também a questão de liberdade.”*

A Internada I7 disse pensar que o espaço do hospital público *“não tinha vida”*, porque além de possuir poucos móveis, era muito focado na doença. Por isso, I7 adorava quando ganhava flores: elas enfeitavam e alegravam o espaço *“apagado”* do seu quarto. Partindo das considerações da internada, a conformação do espaço também trazia contribuições para a saúde dos indivíduos, preocupação que se relaciona intimamente com uma abordagem ampliada da saúde ligada aos desejos das pessoas e ao bem-estar no espaço, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, quando as pessoas experienciam a internação, a qualidade do ambiente ou do espaço pode afetar diretamente a recuperação. Dessa forma, o ambiente deve propiciar a atenção a aspectos pedagógicos, psicológicos e sociológicos dos internados (CARVALHO; BEGNIS, 2006), dos quais o lazer faz parte.

A partir desses relatos pode-se observar que o espaço físico do corredor era um espaço de deslocamento e distração dos internados e, ao mesmo tempo, um local de trabalho de diversos profissionais, aspecto que constituía, como visto, um fator inibidor da sua apropriação pelo internado. Mesmo havendo espaço disponível no hospital, alguns internados não tinham onde ficar, principalmente por causa da inexistência do sentimento de pertencimento ao lugar. Ainda assim, no hospital particular, o corredor era o lugar que mais se aproximava do público, do comum, pois representava uma possibilidade de movimentação e de interação com as pessoas que também estivessem ali.

Em suas discussões, Bauman (2001) faz referência ao não-lugar, ou seja, àqueles “lugares ostensivamente públicos, mas enfaticamente não-civis: desencorajam a idéia de ‘estabelecer-se’, tornando a colonização ou domesticação do espaço quase impossível.” (p.119). Neste sentido, o corredor é um exemplo de não-lugar dentro do hospital particular, porque era um espaço pouco ocupado apesar do número considerável de pessoas que transitavam nele. A ocupação, mesmo rara, ocorria em momentos inevitáveis; geralmente, quando internados andavam pelo local. No entanto, essa ocupação era prioritariamente física ou corporal, já que os internados, ou seja, os “residentes temporários dos não-lugares”, aos

quais Bauman se refere, possuíam hábitos e expectativas próprios, particulares e isolados do diálogo com os demais internados.

Ao ser questionado sobre a necessidade de mudanças no espaço do hospital particular, o Internado I2 demonstrou não achar apropriada a criação de espaços alternativos dentro do hospital e, no final, revelou acreditar que os novos espaços criados ficariam desocupados:

Honestamente, eu acho que o hospital, como é uma coisa para pacientes que têm normalmente algum problema de saúde, claro... Não é para você ter um salão de festa, salão de fumar, para pessoas irem “bater papo”, conhecer o outro. Não tem nada que ver. Cada um tem seu problema, cada um tem tratamento, seus horários de remédio, seu apartamento, seu acompanhante, tenha ou não. Então eu não vejo, puxa vida! Imagina eu ter aqui um solário ali... Vai ficar igual tem aqui... Um espaço aqui e não tem ninguém lá. (I2)

A partir do depoimento de I2, percebe-se que sua visão de saúde é restrita à doença. Como ele enfatiza, somente os aspectos relacionados à patologia e ao seu tratamento, ele desconsidera os aspectos propriamente ligados à saúde, ou seja, às capacidades que não estão comprometidas pela doença, como a criatividade e a sociabilidade, que são potencializadas nos momentos de lazer. Nesse sentido, seguindo o raciocínio de I2, o lazer só pode ser vivenciado por alguém que não possua doença, o que é uma visão idealizada. Relembre-se o posicionamento de Canguilhem (1990) citado no capítulo 1, sobre a instabilidade da saúde na vida das pessoas, que torna a doença um fator presente e essencial para que se possa aprender na vida.

A Acompanhante A2 possuía um posicionamento diferente. Ela pensava que não criar espaços alternativos significava “desperdiçar” todo o espaço que o hospital particular possuía. No entanto, ela reforçou que não era o espaço do hospital que precisava mudar e sim a ação da instituição sobre as pessoas que ali se encontravam. De certa forma, este posicionamento se referia muito mais à filosofia de trabalho pregada na instituição, que possibilitava determinada forma de apropriação do espaço, do que propriamente às mudanças físicas no hospital.

A Enfermeira E1 chamou atenção para o fato de que a mudança nos espaços do hospital particular não acabava com o problema dos ambientes fechados: “[...] muito complicado, porque também você criar um espaço, [...] você está fazendo um quarto do mesmo jeito.” Além disso, a profissional compartilhava o posicionamento do Internado I2, relacionado à possível desocupação dos espaços criados. Seu comentário tinha relação direta com a questão da atitude do internado para frequentar estes espaços:

Não sei também se a grande maioria usaria, não [...]. Eles se acomodam, e eles entram dentro do mundinho deles e não querem saber de nada. Às vezes, tendo uma coisa fácil para eles, de fácil acesso, talvez, seria melhor, realmente podia estimular mais pessoas [...] de procurar este acesso [...], mas [...] eu acho que não seria 100% das pessoas que procurariam, não!
(E1)

O depoimento de E1 é pertinente, na medida em que se constata que os internados do hospital particular estavam acostumados com apartamentos individuais, sem interação. Desfazer este costume é também um desafio para estimular as pessoas a freqüentar outros espaços.

Estas questões se relacionam com as idéias de Santos (1996). Segundo o autor, o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e de sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. Para os geógrafos, os objetos são tudo o que existe na superfície da Terra, toda herança da história natural e todo resultado da ação humana que se objetivou.

Toda criação e reprodução de objetos, explica o autor, responde a condições sociais e técnicas presentes num dado momento histórico. Já os sistemas de ações são processos dotados de propósito onde um agente muda alguma coisa e muda a si mesmo. As ações resultam de necessidades, naturais ou criadas. Essas necessidades é que conduzem os homens a agir. Assim, o espaço é sempre um Presente, uma situação única que resulta da intrusão da sociedade nessas formas-objetos. Os objetos não mudam de lugar, mas mudam de função, de significação ou de valor sistêmico. Desse modo, o espaço é um sistema de valores que se transforma permanentemente e que é formado pelo resultado material acumulado das ações humanas através do tempo e também animado pelas ações atuais que hoje lhe atribuem um dinamismo e uma funcionalidade (SANTOS, 1996).

A Médica M1 e a Técnica de Enfermagem T1 afirmavam que o espaço do hospital particular era muito melhor do que o de outros hospitais. M1 ponderou que não eram necessárias mudanças no espaço do hospital, uma vez que ele supria as necessidades. Segundo ela, o hospital possuía uma série de privilégios que não justificavam a queixa de nenhum internado. Além disso, ela enfatizou estes privilégios e afirmou sobre a instituição: *“É um hospital atípico. Não é muito a realidade que a gente tem, não”*. Ao ser estimulada a pensar em mudanças no espaço do hospital particular, para possibilitar o desenvolvimento de atividades em geral, M1 revelou uma postura pragmática de saúde, onde somente os procedimentos médicos são considerados elementos que podem contribuir para a saúde dos

sujeitos. Segundo a médica, em qualquer hospital a rotina do hospitalizado era “*aguardar o diagnóstico, o tratamento.*”.

Partindo-se do afirmado por Toralles-Pereira e colaboradores (2004) pode-se notar que este tipo de postura apresentada por M1 ratifica que os profissionais de saúde, em geral, tendem a dirigir a atenção para a doença e não para a pessoa adoecida. Segundo Oliveira, Dias e Roazzi (2003), a equipe hospitalar em geral preocupa-se muito mais com a restauração do órgão debilitado, do que com a saúde do internado, não levando em conta aspectos necessários a sua compreensão e auxílio no enfrentamento da situação.

Assim, a colocação de M1 demonstrou que o seu entendimento de saúde precisava ser ampliado, uma vez que admitia somente os fatores que focassem especificamente a doença. Nesse sentido eram descartados os múltiplos aspectos que compunham a saúde e que, se não poderiam restaurá-la, pois este era um processo de grande dinamicidade, teriam condições de auxiliar em sua estabilização. Além disso, percebeu-se uma despreocupação em questionar as “normalidades” do hospital, ou seja, o fato de este conferir a todos os internados um mesmo tipo de rotina. Neste ponto sequer foi possível justificar este posicionamento restrito pelo tempo de formação da profissional M1, uma vez que ela estava no quinto mês de residência, o que significava uma formação recente e ainda em andamento.

Por outro lado, é importante ressaltar que a função do médico é cuidar da doença e que estes profissionais não possuem uma formação estruturada para dar-lhes a condição de atuar numa perspectiva diferenciada.

O foco na doença é um entrave para a inserção do lazer dentro do hospital. Conforme esta visão, o lazer não é valorizado, uma vez que não é considerado influenciador das doenças. Por isso, faz-se necessária uma conscientização do hospital, dos internados, dos acompanhantes, dos gestores, dos profissionais de saúde e das pessoas em geral, quanto às contribuições do lazer para o processo de internação. Também é importante que essas instituições se preocupem com os aspectos dos internados que não estão doentes, de modo que o trabalho no hospital se baseie também na intervenção sobre a saúde.

3.6 O relógio e o tempo no hospital

Atualmente, o tempo não significa apenas um instrumento de orientação indispensável para os acontecimentos da vida social, fragmentada em unidades estanques e

cronometrada de diferentes maneiras. O tempo é também uma representação simbólica de uma rede de relações que reúne possibilidades físicas, individuais ou sociais, muitas vezes relacionadas ao lazer (WERNECK, 2001).

Assim, a noção de tempo é uma construção histórico-social (WERNECK, 2001) e como Elias (1998) afirma, o tempo, do ponto de vista sociológico, tem uma função de coordenação e integração.

Essa coordenação e integração é realizada com auxílio dos relógios que exprimem processos físicos padronizados pela sociedade e decompostos em seqüências-modelo de recorrência regular, como as horas ou os minutos (ELIAS, 1998).

Sobre o uso do relógio, o Internado I1 afirmou tê-lo deixado guardado após a internação no hospital particular, mas reconheceu:

Eu uso muito o relógio... Relógio é importantíssimo... [...] é uma grande ferramenta que nós temos para não atrapalhar o compromisso das pessoas, não atrasar o compromisso dos outros. A gente tem que estar preparado para recebê-los na hora que eles pediram, é o remédio tal hora, é o almoço tal hora [...]. (I1)

O relógio também possui uma relação direta com o trabalho. O Internado I2, do hospital particular, confirmou: *“É um hábito! Isso aí vem do trabalho. Todo momento saber a hora e só para saber também (risos), porque [aqui] não tem nada, não tem compromisso nenhum.” (I2).*

A Acompanhante A2, do hospital particular, esclareceu que, à noite, o Internado I3 perguntava as horas freqüentemente. Ela suspeitava que o internado sentia que a noite tinha que passar logo, porque ele se sentia ocioso.

Essa constatação pode ter relação com a troca do dia pela noite. Como o internado passava a dormir de dia e ficava demasiadamente deitado neste período, à noite ele não se sentia cansado o suficiente para dormir. O mesmo ocorria no hospital de ensino, onde muitos internados não dormiam bem à noite e acabavam ficando despertos nesse período, sem ter o que fazer.

O Internado I5, do hospital de ensino, possuía um relógio de pulso, mas disse não olhar muito as horas. O internado relatou: *“Eu uso ele, porque acostumei demais. Às vezes de noite que eu olho a hora, que às vezes eu acordo tarde de noite.”*. O contrário foi percebido nos relatos de I6 e A6. Segundo I6, o tempo dentro do hospital demorava mais a passar, porque ele olhava as horas a todo instante.

Como não havia relógio nas enfermarias do hospital de ensino, no geral, o tempo parecia não ser uma preocupação dos internados, que só percebiam a sua passagem pelos sinais da iluminação externa, que indicavam a transição do dia para a noite. Este era um dos únicos marcadores de tempo para os internados, além da troca de plantão dos funcionários.

A Acompanhante A4 afirmou que a internada por ela acompanhada havia perdido a noção do tempo do relógio e passara a adotar uma percepção baseada em alguns marcos: chegada e saída da acompanhante do hospital de ensino e o horário do remédio, que era o único momento em que ela se preocupava com as horas. A acompanhante ressaltou que havia uma espera, por parte da internada, pela hora do remédio; uma preocupação, talvez por ser esta ação considerada fundamental para a sua recuperação.

Para a Enfermeira E4 os internados tinham noção do tempo que passavam dentro da instituição hospitalar pública:

[...] eles percebem tudo: domingo, final de semana... Eu acho que até pelo ritmo de trabalho nosso, eles acabam percebendo a diferença. Isso é mais visível quando o paciente está com internação mais prolongada. Por exemplo, tem paciente que chega na sexta-feira: 'Ah! Amanhã você não vem, não é?' Quando é feriado: 'Ah! Amanhã é feriado e você não vai trabalhar...' Por isso que eu acho que eles conseguem perceber a diferença.
(E4)

O Médico M2 disse acreditar ser importante colocar um relógio na Enfermaria, para que os internados do hospital de ensino acompanhem as horas, evitando qualquer caso de confusão mental. Da mesma forma, expressou que talvez fosse importante colocar um calendário na enfermaria para que as pessoas não perdessem a noção dos dias do mês, como a Internada I4 demonstrou.

Sobre a importância da colocação do relógio na Enfermaria para os internados, Pereira Junior e Guerrini (2004) afirmam que uma pessoa internada em um hospital onde não há relógios para serem consultados ou atividades a serem cumpridas dentro de um horário, está em um contexto favorável à alteração da percepção do tempo.

Assim, mostra-se aceitável essa afirmação e é razoável acreditar que, na situação dos internados que ficam muitos dias no hospital – fazem uso de medicamentos que causam sonolência e estão afastados de meios de comunicação – é ainda mais importante esta referência temporal do relógio e do calendário, por ser esta culturalmente estabelecida em nossa sociedade.

A Internada I7, do hospital público, disse não olhar no relógio, porque ela não estava com pressa de ser tratada. Ela demonstrou não se preocupar em ficar no hospital, pois

queria ir embora curada, não importando o tempo que isso levasse. Segundo ela, *“Para eu olhar no relógio não vai fazer muita diferença, não, porque eu não vou sair. Só vou sair depois que eu melhorar.”*.

Apesar dessas considerações, a sua acompanhante, A7, afirmou que a Internada I7 olhava muito no relógio, principalmente para controlar os horários de tomar os medicamentos. A Acompanhante A9 disse o mesmo sobre o internado que acompanhava. Já a Internada I8 afirmou costumar olhar no relógio quando estava em um procedimento do tratamento, pois ficava um pouco nervosa e preferia que passasse rápido.

Neste sentido, ao mesmo tempo em que o relógio constitui uma referência temporal importante para os internados, pode atrapalhar no processo de tratamento, quando ele se torne um fator de estresse e ansiedade.

Como Ades (2002) afirmou, a duração do tempo é uma construção, uma inferência efetuada pelo indivíduo a partir da informação disponível. Contudo, o fato de ser uma construção não a torna arbitrária ou aleatória, não a isola do complexo jogo de interações através das quais o indivíduo conhece seu ambiente e age sobre ele. Ao contrário, a capacidade de levar em conta o tempo é uma característica adaptativa essencial.

Para as acompanhantes A2, A7, A8 e A9 a duração do tempo dentro do hospital era mais longa. A9 enfatizou: *“Você perde a noção do que está se passando lá fora. A hora não passa [...] você não tem nada para fazer e você fica ali o tempo todo.”*. A Acompanhante A2 também garantiu:

E quando você fica aqui e não tem o que fazer, você fica olhando para a mão, olhando para o soro pingando, olhando para o teto branco, olhando para a televisão que você não está nem sabendo o que está acontecendo. Então, cada segundo é uma eternidade na sua vida. (A2)

Sant’Anna (2001) utiliza a metáfora do conta-gotas para ilustrar as características do tempo do hospital. Para a autora, a rotina do hospital parece ser ritmada pelo pinga-pinga de informações que são fornecidas incompletamente e que geram a angústia da espera: *“[...] espera-se o próximo remédio, o próximo diagnóstico, a próxima visita, a próxima refeição, o próximo banho, o próximo dia e a próxima noite”* (p.31).

Para a internada I7, o tempo passava de forma lenta dentro do hospital público em decorrência do tratamento: *“[...] você tem que esperar o médico vir, examinar, para falar o que você tem, para você tomar o remédio e ficar esperando o efeito do remédio.”*.

Para a Médica M1, a ociosidade era o fator que mais incomodava o internado do hospital particular, gerando interferências no quadro clínico do internado: *“Principalmente no*

caso de uma doença aguda, uma pessoa ativa vai ficar mais limitada [...] muitos ficam super-ansiosos para ir embora e isso às vezes até compromete um pouco o quadro clínico, [...] em função de não ter o que fazer, de ficar o tempo inteiro à toa [...]”.

Além disso, *“[...] a angústia e a ansiedade do paciente faz com que o tempo passe mais devagar. Ele está sempre esperando uma solução para o problema, que de repente [sic] é solucionado de forma lenta.”* (F1). A observação realizada confirmou este posicionamento, pois os internados que geralmente possuíam a expectativa de ir embora do hospital ficavam mais ansiosos e acabavam tendo uma percepção de que o tempo estava parado.

Outra internada do hospital público disse enquanto comia: *“Tem que comer para passar o tempo!”*. Este relato mistura duas condições: a impressão do tempo arrastado e a ociosidade que tentava ser preenchida com o consumo de biscoitos, o que revela a imensa carência de atividades voltadas para os internados dentro do hospital.

Com base nos relatos dos internados, os profissionais de saúde M3, M4 e E2, do hospital público, confirmaram a percepção de que o tempo do internado não passava, devido à falta de atividades e de ocupação. Para a Enfermeira E2, do hospital de ensino, o internado *“[...] podia estar no hospital recuperando-se, e podia estar fazendo uma outra atividade para melhorar... A auto-estima dele [...]”*.

A profissional F1 apontou características que interferiam diretamente na percepção do tempo das pessoas internadas no hospital particular em que trabalhava. Ela falou:

Tem hospitais que você está dentro dele, você não sabe se é de dia, se é de noite. Então, acredito que existe uma dificuldade maior ainda de fazer este tempo passar mais rápido, dentro da internação do paciente. Então, assim do paciente ter contato com ambiente externo e [...] Ver a rua, ver o que está acontecendo lá fora. Eu acho isso tudo benéfico e prazeroso, e pode trazer benefícios para o paciente. (F1)

Assim, seguindo o pensamento de Ades (2002), a densidade de eventos é um fator importante na determinação da vivência subjetiva. Um intervalo de tempo homogêneo, vazio de acontecimentos (como o de alguns internados que não têm nada para fazer), um intervalo em que algo está para acontecer, mas não acontece (como a espera pela solução do problema à qual F1 se refere), e outras situações tediosas ou de expectativa parecem durar muito mais do que de fato duram.

De acordo com esta tendência de pensamento, os voluntários I4, I5, A6 e M2 disseram pensar que o tempo dentro do hospital passava mais devagar, por causa da

inexistência de ocupações e da ociosidade decorrente disso. Conforme a Acompanhante A5 complementou, essa falta de ocupações e o acompanhamento diário da realidade de cada doente eram causadores do estabelecimento do foco na dor e na doença.

O Internado I1 disse passar o dia trabalhando no quarto, que foi “transformado” em um escritório. A acompanhante A1 explicitou o seu ponto de vista sobre o papel do trabalho de I1 durante o período de sua internação no hospital particular. Ela enfatizou que o trabalho desempenhava nesta situação uma função de mudança de foco da doença e da internação: “[...] o trabalho para ele está sendo até distração. [...] porque você se ocupando com alguma coisa, psicologicamente isso é muito bom. Você vai esquecer da sua doença, vai esquecer que está entre quatro paredes... [...] eu acho que ajuda.” (A1).

Este enfoque não parece o mais apropriado de acordo com o posicionamento de Canguilhem (1990). Para o autor, a doença possui uma importância para o indivíduo, na medida em que ele aprende e torna-se diferente a partir dela. Por esse ponto de vista, o que A1 fala a respeito de esquecer a doença talvez não seja adequado.

Por desempenhar atividades diversas durante a internação, o relato de I1 demonstrou uma percepção acelerada da passagem do tempo, contrariando a percepção de outros internados. Sobre essa percepção do tempo, cabe a afirmação de Ades (2002), de o tempo não ser uma dimensão de pura constatação. O autor reforça que o tempo é permeado de desejos e afetos e que a duração do tempo contém os momentos disponíveis para o fazer, aponta para um futuro que se carrega de medos e esperanças, recua ao passado, que a memória veste das cores da saudade ou da rejeição. Assim, segundo o autor, a duração é expectativa e é tédio.

Para I1, os compromissos constituíam uma forma de ocupação do tempo: “Os compromissos fazem o tempo passar mais rápido.”. A Fisioterapeuta F1, do hospital particular, reconheceu a atitude de I1 e falou sobre a ocupação do tempo:

[...] muitos pacientes tentam de alguma forma fazer com que o tempo passe mais rápido. Alguns até chegam a [...] estar trabalhando aqui dentro. Resolvendo os problemas deles lá de fora aqui dentro do hospital. Eu acho que isso é uma forma de tentar amenizar, ou uma forma de se sentir mais útil ou de sair um pouco da rotina hospitalar. (F1)

A Acompanhante A1 afirmou que

[...] se o I1 não tivesse o tempo dele todo ocupado [...] eu acho que ele não teria muita paciência de ficar lá. Ele é um tipo de pessoa que não consegue ficar parada não. Você pode notar que ele sai muito no corredor, o tempo

que sobra ele vai para o corredor, ele tem que andar mesmo, e ele aproveita. (A1)

Através do depoimento da Acompanhante A1 percebeu-se que a ocupação do tempo era uma forma de suportar a limitação ao espaço de internação particular. Como a acompanhante disse: *“Se tivesse tempo ele iria ficar enjoado de estar entre quatro paredes, nesse espaço.”*. Contudo, mesmo assim a acompanhante comentou: *“Mas de qualquer maneira, eu acho que mesmo com o tempo assim ocupado, você ficar dentro do hospital, o tempo não passa fácil, não. Se você estivesse lá fora, poderia fazer muito mais coisas.”*. Sobre isso, I1 revelou que se organizou para tentar ocupar o tempo, mas reconheceu que *“[...] ainda sobra tempo, ainda sobra tempo. Eu não gosto de tempo ocioso, mas ainda sobra.”* (I1).

A percepção do Internado I1 foi incomum no hospital particular. A maior parte dos internados não possuía tantas ocupações e percebia o tempo passar arrastado. O Internado I3, por exemplo, em função da desocupação, possuía até uma dificuldade de descrever a sua rotina dentro do hospital. Seu relato era repleto de reticências e longos momentos silenciosos em que ele buscava o que contar, sem resultados. Este internado tinha consciência de que a ociosidade que ele vivia era negativa e interferia na sua percepção do tempo: *“O tempo aqui é mais longo. Porque aqui demora mais a passar. Eu fico mais à toa. Eu acho que a gente não faz atividades, e não fazer atividade é ruim.”*.

A Enfermeira E1 do hospital particular sabia da realidade dos internados e mencionou dois perfis: *“Tem gente que procura não ficar muito dentro do quarto, mas é a minoria. A grande maioria fica dentro do quarto, fica no seu cantinho.”*. A mesma profissional também ressaltou que quando entrava nos quartos de internação do hospital particular, a maior parte dos internados estava deitada na cama, quase sempre dormindo.

A Fisioterapeuta F1, do hospital particular, confirmou a tendência anterior: *“Na maioria das vezes estão deitados na cama, restritos ao leito, às vezes os pacientes não levantam nem para ir ao banheiro, sendo que às vezes tem até condições para isso. Então, na maioria das vezes ele está restrito ao leito, deitado na cama, assistindo televisão.”* (F1).

Nesse sentido, é necessário questionar o motivo de as pessoas não procurarem modificar essa situação. Se por um lado, isso poderia ocorrer por causa de fatores psicológicos e emocionais, decorrentes da negação da doença, da depressão ou das características de personalidade do internado, por exemplo, por outro poderia ser resultado da falta de oportunidade e motivação dentro do hospital para a realização de atividades diferenciadas.

Como visto anteriormente, a falta do que fazer gera uma expectativa ou o tédio diante da duração do tempo que se torna extenso (ADES, 2002). Diante desta situação e dos sentimentos negativos que ela provoca o indivíduo passa a desejar a aceleração do tempo que passa na internação. Ressalta-se a importância de atribuir sentido e significado ao tempo da internação e de desconstruir a idéia de que o tempo dos internados deva ser simplesmente ocupado. Nesse sentido, a *ressignificação do tempo* poderia ser dar através do acesso dos indivíduos a experiências enriquecedoras do ponto de vista pessoal e social, que contribuíssem com a sua saúde, como o lazer, por exemplo.

Sobre a percepção do tempo no hospital particular, o Internado I1 afirmou que não via como poderia haver mudanças, pois para ele tudo estava perfeito. No entanto, nem todos disseram que pensavam assim.

O Internado I3 afirmou ficar cansado com a forma como utilizava o seu tempo no hospital particular. Ele demonstrou em seu discurso que dormia muito dentro do hospital. Ele disse: “[...] *fico mais cansado! Cansado, porque o tempo fica passando e demora mais a passar, e eu tenho que dormir muito mais [...] é um ócio muito ruim.*”.

No depoimento de I3 fica claro que o internado confunde ócio e ociosidade. Quando ele fala do aspecto negativo do ócio, na verdade, ele quer dizer ociosidade, pois se refere à falta de opção de atividades a serem desenvolvidas durante o período de internação, e não, ao momento de contemplação e de nada fazer por vontade própria.

O Internado I2, no hospital particular, tinha um posicionamento mais conformista em relação a I3. Ele disse: “*Eu não tenho alternativa. [...] Não vejo alternativa. Pode até existir, mas eu não conheço. Então, para mim está bom assim. Eu estou bem conformado [...].*”.

A Enfermeira E2, do hospital de ensino, afirmou que muitos internados não pensavam sobre a passagem arrastada do tempo e ficavam conformados com o fato de terem que esperar, pois não concebiam outra opção. Fazendo um jogo de palavras, E2 afirmou que os internados acabavam tendo que ser “pacientes”, no sentido de terem que ter paciência. Ela assegurou que a falta de instrução dos internados era um dos responsáveis pelo conformismo apresentado por eles e chamou atenção para o fato de que, dentro do hospital, as pessoas atendidas no particular possuíam regalias que as pessoas atendidas pelo SUS sequer poderiam imaginar.

Até aqui, foi descrita a rotina dos hospitais investigados, onde se percebeu a pouca disponibilidade de espaço fora do quarto de internação para o uso dos internados. Também foi possível verificar como o estímulo da equipe de enfermagem influencia o afastamento do

internado do leito de internação e como esse incentivo se relaciona intimamente com as questões da ociosidade dentro do hospital, decorrentes da falta de opção quanto ao que fazer dentro dessas instituições. Além disso, ficou claro como em alguns casos o internado vivencia uma situação de reclusão, o que traz indicadores de que a concepção de saúde ampliada ainda precisa ser efetivamente implantada dentro dessas instituições. Olhar aprofundadamente os aspectos que não estão presentes dentro do hospital, como o próprio lazer, definidor da saúde das pessoas, torna-se fundamental. Nesse sentido, tomando o lazer como foco principal deste estudo, tanto o treinamento da equipe quanto a reconfiguração do espaço são fundamentais para propiciar que os internados possam se afastar cada vez mais da passividade representada pelo leito e se envolver em atividades diferenciadas, enquanto vivenciam a internação dentro da instituição hospitalar.

Da forma como a estrutura de tempo e espaço dos hospitais investigados se apresenta, a perspectiva funcionalista mostra-se através das funções, que nem sempre são positivas para o processo de internação como um todo.

Diante das constatações sobre as relações estabelecidas entre os sujeitos internados e o contexto da internação, é fundamental pensar modos de ressignificar o tempo e o espaço hospitalar, assim como a saúde. Nesse processo, o lazer pode ser um fenômeno colaborador, que é capaz de trazer muitos benefícios para a vida dos internados. É sobre ele que o próximo capítulo se detém.

CAPÍTULO 4

O LAZER NOS HOSPITAIS

Este capítulo focaliza o lazer dentro do contexto hospitalar, e discute o papel por ele assumido nas instituições investigadas procurando identificar as suas respectivas funções. Para isso aprofundou-se sobre os aspectos que envolvem os entendimentos de lazer dos voluntários e sobre as características das manifestações de lazer encontradas nas instituições pesquisadas, sendo focalizadas em especial as vivências mais comuns: assistência a televisão e visitas. Por último, discute-se as possibilidades de viabilização de projetos de lazer em hospitais para internados.

4.1 Entendimento de lazer dos voluntários e o papel do lazer no hospital

O entendimento de lazer interfere na apropriação e na organização do espaço hospitalar, assim como no posicionamento da instituição e dos profissionais de saúde que nela trabalham sobre o desenvolvimento de propostas de lazer em hospitais. Essa compreensão é um aspecto fundamental para se pensar uma proposta para qualquer instituição, pois as pessoas alvo de uma intervenção neste âmbito estabelecerão diferentes relações com a vivência, dependendo da forma como elas a compreendem em seu dia-a-dia.

Carvalho e Begnis (2006) enfatizaram isso em seu estudo sobre o brincar no contexto hospitalar. Os autores afirmaram ser necessário investigar as concepções e as atitudes que os profissionais de saúde possuem em relação ao brincar e, portanto, em relação ao lazer, buscando refletir sobre o tema de forma a propiciar a evolução no entendimento com repercussão para os internados.

Neste estudo foram valorizados os diversos entendimentos de lazer dos voluntários do hospital. Para alguns, o lazer foi considerado uma atividade (F1), que tinha relação com a liberdade (I6), a agitação (A4), o lúdico (A5), a alegria (I7, E4, M4), a paz (I7), a sociabilização (A7) e o bem-estar (M1, T1).

A fuga da rotina também foi apontada por vários voluntários como uma das características do lazer (I1, A1, A2, E1, T2, M3). As características liberatória e pessoal anunciadas por Dumazedier (1999) dão suporte a este aspecto mencionado: a liberação de

obrigações institucionais próprias do caráter liberatório (sejam profissionais, familiares, socioespaciais e sociopolíticas), bem como as necessidades do indivíduo em relação ou em contradição com as necessidades da sociedade, pertencentes ao caráter pessoal, englobam essa questão.

Dumazedier (1999) também enfatiza a busca de um estado de satisfação como uma das características constituintes do lazer. Denominada caráter hedonístico, a busca pelo prazer, felicidade, alegria ou fruição representa, segundo o autor, a função primeira do lazer. Nesse sentido, foi recorrente a ênfase dos voluntários à busca do prazer como uma das características do lazer (I1, E1, F1, A5, A7, M3).

A participação da família foi mencionada como fundamental na vivência de lazer (I2). Além disso, o lazer foi caracterizado como um fenômeno não comprometido (A2, E1) de distração (A1, A2, T1, M2, A7, A9, E4), descontração (T1), descanso (M1, A7, M3) e diversão (E1, M1, I5, I8, A8, E4, M4). Enquanto alguns o confundiam com o trabalho (A5), outros acreditavam que o lazer era o oposto dele (T2), evidenciando como o entendimento de lazer pode ser variado em nossa realidade.

Ainda houve aqueles que não conseguiram esclarecer sua compreensão, limitando-se a citar atividades diversificadas que consideravam lazer (I3, A3, I5, A6, A5, I9, A8, A9). Também ocorreu uma pessoa não saber o que significava a palavra lazer. Este foi o caso da Acompanhante A4, que demonstrou, durante a entrevista, nunca ter ouvido a palavra antes e não ter nenhuma noção de seu significado. Esta acompanhante era muito humilde, analfabeta e proveniente de uma cidade do interior de Minas Gerais.

A Enfermeira E1, a Acompanhante A7 e a Médica M3 ressaltaram a importância de se reservar um tempo para o desenvolvimento das vivências de lazer. Para A7, o lazer “[...] é um momento que você separa para você se desligar [...]”. M3 concordou: “[...] a gente tem que aprender a separar tempo para isso.”. Esta idéia condiz com o conceito de lazer adotado nesta pesquisa (GOMES, 2004), no que se refere ao tempo conquistado. A expressão *tempo conquistado* foi apresentada por Bramante e assinala o tempo no qual o lazer é vivenciado, um tempo da não-obrigação, que deve ser conquistado devido à dificuldade encontrada atualmente, na desvinculação das relações com o trabalho (GOMES, 2004).

Outro ponto importante do depoimento de A7 acima transcrito refere-se à expressão “se desligar”. Esta expressão, tratada anteriormente como fuga da rotina, tem a conotação da evasão ou de afastamento da vida cotidiana, um dos muitos objetivos das pessoas em seus momentos de lazer.

A Enfermeira E2, do hospital de ensino, também esclareceu o entendimento de lazer:

É o tempo que você tem [...] para a sua vida... [...] Você pega um livro para ler, uma fita para ver. Eu acho que uma coisa que você faz diferente daquilo que você é obrigado a fazer é um lazer. [...] Ficar à toa para mim é um lazer! [...] É uma coisa que você faz diferente da rotina. [...] Qualquer coisa que te dá prazer de ficar fazendo ali é um lazer. (E2)

A profissional revelou um entendimento ampliado de lazer e ressaltou o tempo conquistado, o aspecto da não obrigação do lazer, do ócio, da fuga da rotina e do prazer. As duas últimas considerações não necessariamente se aplicam ao lazer, uma vez que este pode fazer parte da rotina de uma pessoa, desde que ela se organize para isso e não o veja como uma obrigação. Além disso, o lazer é um fenômeno onde se busca a satisfação, o que não necessariamente significa que será uma fonte de prazer, pois pode resultar em conflitos, desprazer, frustração, tristeza, entre outros sentimentos diversos que permeiam o universo lúdico. Nesse sentido, pensando nessas tensões próprias do fenômeno do lazer, aprender a lidar com os possíveis sentimentos que possam surgir é fundamental para a saúde das pessoas. Na medida em que se adquire a consciência da existência de uma visão idealizada de lazer, a relação estabelecida com o fenômeno se torna menos traumática quando seus resultados não são exatamente o que o indivíduo esperava.

A Técnica de Enfermagem T3 também fez comentários interessantes, ressaltando o tempo e sua interferência no lazer, além dos aspectos ligados ao desenvolvimento como a questão do pensamento, da reflexão e do desfrute.

Segundo Dumazedier (1999), o desenvolvimento é uma das funções do lazer em face às necessidades dos indivíduos relacionadas à desvinculação de estereótipos impostos pelo funcionamento dos organismos de base. Assim, através do desenvolvimento o sujeito, pode superar a si mesmo e liberar o seu poder criador, em contradição ou em harmonia com os valores dominantes da civilização.

Sobre o caráter do desenvolvimento da personalidade, Januzzi e Cintra (2006) afirmam que o tempo livre dos idosos internados pode favorecer a emergência da criatividade, na medida em que ocorre a ocupação deste tempo. Sem dúvida, isso pode ocorrer durante o preenchimento dos períodos de tempo livre com atividades de lazer, visando transformar a hospitalização em um evento menos sofrido para os internados.

Partindo dessas considerações, mostra-se importante para a vida dos sujeitos internados não focar somente a doença e o processo de tratamento. Como anteriormente

ressaltado, essas questões não podem ser esquecidas. O internado, ao se relacionar com os processos que envolvem a doença e o tratamento, reconstrói sua relação com o mundo em que vive. Contudo, outras questões, como o desenvolvimento da criatividade e da crítica, podem ser trabalhadas com os internados, principalmente, se for considerado que o sujeito pode estar doente, mas possuir diversas potencialidades a serem desenvolvidas e que não estão comprometidas pela patologia em si.

Nesse sentido, se por um lado o lazer pode ser fonte de desenvolvimento das pessoas conforme visto acima, por outro ele também assume funções muito importantes, como a ocupação do tempo e a diminuição do sofrimento dos internados. Estas funções são fundamentais para o enfrentamento da doença pelo indivíduo, principalmente considerando a realidade hospitalar encontrada neste estudo e a realidade inconstante, que permeia a recuperação do internado que passa por períodos de melhora e piora, por situações de insatisfação, impaciência e o contrário.

Dentre os objetivos do lazer dentro do hospital, alguns foram recorrentemente apontados pelos voluntários: a ocupação do tempo ocioso (I8, A7), a aceleração da passagem do tempo (A5, A6, A8, E4, M2, M3, T2) e a aceleração e a promoção da recuperação (A2, A5, A6, A7, E2, M4).

As considerações da Fisioterapeuta F1, do hospital particular, ajudam a compreender melhor as possibilidades do lazer em relação ao tempo. A profissional ressalta a contribuição deste tipo de vivência para a percepção do tempo do internado:

Eu acho importante, porque isso é o grande ‘gancho’ para você tentar fazer com que esse tempo aqui dentro do hospital seja de alguma forma prazeroso para o paciente. Não que seja um prazer igualado ao que ele tem em outras atividades fora do hospital, mas que faz com que esse tempo que ele esteja aqui dentro seja rápido, prazeroso e que tenha alguma atividade diferente do que o próprio cuidado com a doença. (F1)

A distração (I5, I7, A1, A4, A5, A6, A9, E1), o desvio da atenção da dor (T3, A7, A9, M3) e o esquecimento do problema de saúde, da doença e do tratamento (I5, I8, A1, A4, A5, A6, A7, A8, A9, E1, E4, T1) também apareceram.

Para o Internado I5, do hospital de ensino,

[...] se tivesse um lazerzinho esparecia mais a pessoa um pouquinho. Não digo para todos, porque às vezes um não está agüentando andar, mas esse que não estivesse agüentando andar tivesse um lugar que pudesse ir numa cadeira de rodas. Dava uma aliviada na mente, não é? (I5)

A Acompanhante A9, do hospital público, justificou a importância do lazer no hospital: “Eu acho que a cabeça da pessoa distrai um pouco. Tira um pouco a preocupação,

um pouquinho do medo que a pessoa está sentindo por dentro, a dor passa. [...] Você acaba esquecendo um pouquinho da dor.”.

A Enfermeira E1, do hospital particular, esclareceu que o lazer facilitaria a convivência com o problema de saúde, pois tiraria o foco do internado da doença:

Acho que seria uma forma de distrair um pouco [...] para você sair um pouco daquela realidade [doença], entrar numa outra realidade que você tenha mais esperança, que você ache mais fácil conviver com aquilo [doença]. Dizer que não é só a doença que existe. Que existem outras coisas que ainda você pode ter. Como alento... (E1)

Sobre isso, no documentário “Doutores da Alegria: O filme”³⁸, Morgana Masetti fala sobre o trabalho de *clowns* no hospital: “Não se trata de negar a doença ou o palhaço servir como um anestésico. É como se o palhaço dissesse: Eu percebo e reconheço o que você está vivendo. Vamos um passo além?”.

Assim, o lazer pode auxiliar as pessoas a passar pelo difícil processo da doença, mas não privá-las de enfrentá-lo. Essa não deve ser sua responsabilidade, pois conforme Ceccim (1997), a doença e o sintoma são experiências vividas que relatam uma forma de encontro com o mundo. Além disso, essas experiências ensinam e inscrevem “fatores culturais e sociais no corpo e pensamento sobre maneiras de viver, de ensinar, de cuidar, de produzir, de relacionar-se” (p.28).

Neste âmbito, acredita-se que o lazer de modo algum pode se comprometer com o desafio de compensar uma realidade insatisfatória, como no caso de fazer as pessoas esquecerem os problemas. Se isso ocorrer, dificilmente será possível cumprir por completo esta meta. No entanto, há algo que o lazer pode fazer bem. O lazer pode contribuir para a ressignificação da experiência e da realidade hospitalar. Desse modo, esse fenômeno pode ajudar no enfrentamento do problema pelo qual o internado está passando, sem a pretensão de esquecer nada, mas de aprender com os desafios, o que é um processo fundamental para a saúde dos indivíduos.

O Médico M2, do hospital de ensino, acreditava que o lazer possuía o papel de amenizar o sofrimento e a ansiedade dos doentes. A Enfermeira E2, do hospital de ensino, também acreditava que o lazer poderia diminuir a ansiedade e melhorar o aspecto emocional do internado no sentido de

³⁸ Este documentário de 2005 retrata o trabalho em hospitais realizado por *clowns* pertencentes à organização não-governamental Doutores da Alegria. Nele são expostos comentários dos diversos integrantes do grupo, bem como cenas marcantes que refletem o trabalho neste âmbito.

[...] estar enfrentando a cirurgia [...] ou o tratamento [...]. E até para auto-estima dele, para ele ir aceitando a doença, para ele ver que quando ele está doente ele pode realizar algumas atividades, que ele pode estar ocupando o tempo dele de outra forma... Tendo atividade de lazer... Repensando a vida dele mesmo... Estou doente, mas eu [...]. Não preciso parar a minha vida [...]. (E2)

Em complementaridade, a Acompanhante A7 enfatizou o estímulo à auto-estima possibilitado pelo desenvolvimento de vivências de lazer junto aos internados do hospital público. Uma contribuição evidenciada pela Internada I7 dizia respeito à diversão possibilitada pela criação de novas expectativas nos internados, a partir das experiências de lazer, enquanto a Internada I8 chamou a atenção para as contribuições do lazer na diminuição do tédio da internação.

Neste sentido, as internadas I7 e I8, do hospital público, enfatizaram o aspecto da sociabilização possibilitada pelo lazer. Para elas as vivências de lazer constituiriam uma possibilidade de o internado fazer amizade e conhecer outras pessoas. Neste sentido, a Enfermeira E4, do mesmo hospital, reconheceu que o convívio social promovido pelo lazer era fundamental para a saúde. A Enfermeira E2, do hospital de ensino, também acreditava que o lazer poderia estimular a sociabilização das pessoas. Ela acrescentou que, através dessas vivências, a pessoa poderia ter um enfrentamento diferenciado da doença.

A Médica M3, do hospital público, achava importante o desenvolvimento do lazer dentro do hospital, baseada na reação dos internados à intervenção da T.O. junto com os *clowns*. Segundo ela, o objetivo das intervenções de lazer, neste âmbito, estaria ligado à amenização do afastamento da família e do difícil processo de internação. Nesse sentido, é importante esclarecer que, apesar de M3 se basear na vivência dos *clowns* que ela acompanhava dentro do hospital, outras possibilidades de lazer também podem ser desenvolvidas de modo a enriquecer as experiências dos internados, durante o período de internação.

O comentário da Acompanhante A2, do hospital particular, também foi pertinente, na medida em que ela acreditava que, através do lazer, o internado estaria “*melhorando o humor, melhorando o estado de interatividade com o tempo*”, ficando menos ligado à doença e mais ligado à abstração. Esta significaria um enfoque sobre o lado não doente da pessoa. Esta idéia é considerada ampliada e revela muito mais do que só um entendimento compensatório e utilitarista; evidencia o potencial do lazer, enquanto possibilidade de desenvolvimento e enquanto abordagem ampliada da saúde, uma vez que o que se propõe é

também o trabalho junto aos aspectos da pessoa que não estão doentes, os aspectos que estão saudáveis.

No entanto, nem todos acreditavam na possibilidade de desenvolvimento do lazer dentro do hospital. A Enfermeira E1 enfatizou a realidade do hospital particular e explicitou o objetivo principal da internação, dizendo que *“não adianta você falar que vai lá para divertir, porque não vai! [...] o foco acaba sendo outro dentro de um hospital.”*.

O relato de M1, do hospital particular, foi muito esclarecedor de sua compreensão do lazer, da saúde e da instituição hospitalar:

Olha, sinceramente eu acho que o principal objetivo do internado é obter o diagnóstico e o tratamento. Porque esse lazer depende mesmo do tempo de internação que o paciente vai ter, então, eu acho que não é o primeiro ponto, não. É secundário. Eu acho que o objetivo da internação não é propiciar o lazer, não. É o diagnóstico e o tratamento. Porque ele não está ali para lazer. Se fosse para lazer, ele estaria viajando, de férias, em outro lugar, eu acredito. (M1)

É possível concordar com a médica sobre o fato de a internação não ter o objetivo de propiciar o lazer. No entanto, pode-se acreditar que, pensando na complexa realidade do internado que vive a internação dentro do hospital, o lazer pode cumprir um papel importante frente a esta realidade: contribuindo para que ela seja humanizada, proveitosa para o indivíduo de alguma maneira, ainda que a única forma de fazê-lo, seja ocupando o tempo, amenizando a dor ou reduzindo o tédio, entre outras alternativas.

Além disso, partindo principalmente da idéia que a expressão promoção da saúde carrega (BUSS, 2000), evidencia-se que as potencialidades de contribuição do lazer para as pessoas que enfrentam a internação são ainda maiores. Pensar o lazer para internados em hospitais significa também pensar que a doença não é o fim e o único viés do ser humano. Pelo contrário, outras facetas podem estar desprivilegiadas com o processo de internação, podendo ser normalmente desenvolvidas, desde que haja preparação para tal. Nesse sentido, o lazer não é o mais importante fator que compõe o ser humano, mas um desses fatores, tão importante quanto os demais, para o desenvolvimento de cada indivíduo, merecendo destaque e atenção.

De certa forma, este relato de M1 é uma reprodução de um antigo posicionamento que se refere à questão da valorização do lazer. Nesse sentido, tudo o que se relaciona com o lúdico, o tempo livre e o lazer, historicamente, sempre ficou restrito a planos secundários, não se constituindo uma prioridade, pelo fato de estar diretamente associado aos elementos de não produtividade (SCHWARTZ, 2000).

Isso fica mais claro quando se retoma, no discurso da Médica M1, o relato sobre um internado que trabalhava no quarto de internação. O relato foi feito com naturalidade. Nesse sentindo, retomando o raciocínio da profissional sobre o lazer dentro do hospital, o internado também não estava na instituição para trabalhar. Mesmo assim, o fato de ele realizar este tipo de tarefa na internação não era visto com qualquer tipo de preconceito por M1, pois o trabalho é socialmente mais valorizado do que o lazer.

Por outro lado, essa postura da profissional também tem relação com o modelo hegemônico e hierarquizado de hospital, onde os internados são tratados de forma padronizada, fragmentada e distanciada. Para que o lazer possa realmente se inserir dentro do contexto hospitalar, não basta somente a disponibilidade de espaço físico e de materiais. É necessário repensar a cultura hegemônica da instituição hospitalar, no sentido de poder flexibilizar as suas regras, o que é um desafio para os profissionais de saúde inseridos nesta hierarquização (MITRE; GOMES, 2004).

Outro aspecto abordado na pesquisa se refere à influência do lazer sobre a saúde dos indivíduos. Com relação a este aspecto, todos os voluntários da pesquisa disseram acreditar ser o lazer fundamental para a saúde:

Se eu não tivesse acesso às pessoas, que é um grande lazer. Se não tivesse uma televisão na minha frente, que é um passatempo bom. Leitura é um lazer. [...] Se não tivesse acesso a tudo isso, eu ia ficar cabisbaixo aqui dentro. Doido para ir embora daqui. [...] E quando o paciente, enfermo, não está satisfeito com o lugar, repercute, e muito, no tratamento. (I1)

Primeiro, porque o lazer leva à questão do prazer, de você gostar de alguma coisa, da alegria, então isso é importante para a saúde. Outra coisa é a questão do lazer mesmo. Se for uma atividade física, é bom. E eu acho que [com] o lazer às vezes dá para você conviver com outras pessoas, se relacionar e eu acho que isso contribui para a saúde. (M3)

No hospital particular, a Técnica de Enfermagem T1 disse acreditar que o lazer prevenia doenças por possibilitar que a pessoa ficasse bem mentalmente e menos estressada. Ela concordou com a Enfermeira E1, que fez um comentário interessante sobre a influência do lazer na saúde das pessoas:

[...] uma das definições de saúde inclui o lazer [...], porque às vezes, a gente vive correndo, trabalha, trabalha, trabalha e, se for pensar depois no seu lazer, você não tem. É por isso que você fica estressado, acaba entrando em depressão, enfim, então eu acho que é super-importante. (E1)

De certa forma, estes posicionamentos sugerem que há um papel do lazer na diminuição e prevenção de acometimentos como a depressão e o estresse. Esta colocação pode ser considerada restrita se for tomada pela limitação do alcance do fenômeno do lazer à questão das doenças somente, esquecendo-se de enfatizar as questões da saúde. Sem dúvida esta restrição é importante, mas não pode ser a única a ser considerada.

A Acompanhante A1, do hospital particular, afirmou que a

[...] pessoa não pode ficar numa vida pesada, cheia de trabalho, de preocupações... Tem que sair da rotina, se divertir, fazer atividades físicas, passear, viajar, fazer o que gosta. O lazer é fundamental na vida da pessoa, principalmente doente.

Assim, para a acompanhante o lazer no hospital ajudava a recuperação dos internados, mas ela evitou afirmar que a ausência deste tipo de vivência atrapalhasse na recuperação das pessoas.

A Internada I8, do hospital público, também disse acreditar que o lazer fosse importante para a saúde dos internados, por permitir que as pessoas espairecessem a mente e não ficassem estressadas. A Enfermeira E4, do mesmo hospital, enfatizou que a distração perante o problema de saúde ajudava o internado.

Um relato ainda mais interessante e surpreendente no hospital particular foi o da Médica M1. Durante todo o seu depoimento, a profissional deixou claro o seu posicionamento quanto à irrelevância do lazer dentro do hospital, se considerado em detrimento das ações relacionadas ao tratamento e ao diagnóstico. No entanto, ao ser indagada se o lazer era importante para a saúde, respondeu: *“Com certeza. Para diminuir o estresse e para a qualidade de vida. Porque a qualidade de vida é saúde.”*.

Da mesma forma, a Internada I9, do hospital público, que disse crer ser o lazer no hospital uma exigência exacerbada e desmedida, que não cabia dentro do espaço hospitalar e que atrapalhava a rotina do hospital; concordou em que o lazer fosse importante para a saúde das pessoas.

Esses posicionamentos de M1 e I9 revelaram contradições. A profissional (M1) possuía uma noção idealizada sobre a relação entre o lazer e a saúde, que não condizia com o seu real posicionamento sobre o assunto. Quando se referiu à inserção concreta do lazer no hospital, a Médica demonstrou resistência em pensá-lo e em ponderar as suas múltiplas possibilidades, considerando a realidade limitada da instituição hospitalar. Ao mesmo tempo em que M1 sabia que o lazer era importante para a saúde, não sabia efetivamente o porquê e não conseguia visualizar possibilidades para o desenvolvimento deste tipo de vivência no

hospital. O mesmo foi observado em I9, pois a internada sabia que o lazer era importante para a saúde, mas não conseguia fazer a relação concreta da inserção deste tipo de vivência dentro do hospital, uma instituição que historicamente não adota intervenções deste tipo em suas dependências por estar focada em uma visão de saúde restrita à idéia de ausência de doenças.

O fato de que o lazer dentro do hospital seria positivo para os internados foi afirmado em um estudo onde se observou que atividades recreativas desenvolvidas junto a idosos internados promoviam o conforto e minimizavam os efeitos negativos da hospitalização (PELZER; SILVA *apud* JANUZZI; CINTRA, 2006). Por outro lado, Pimentel e colaboradores (2004) entendiam ser temerário afirmar que as atividades lúdicas promoviam a cura.

Outro estudo chegou a uma conclusão um pouco diferenciada da relatada por T2. De acordo com Maciel, citado por Januzzi e Cintra (2006), a falta de lazer poderia favorecer ou acentuar a solidão, a dificuldade para manter relacionamentos interpessoais e as queixas somáticas de idosos.

No hospital público, para a Acompanhante A7, o lazer ajudaria na saúde das pessoas, pois renovaria a disposição delas. Já a Acompanhante A9 e o Médico M4 disseram acreditar que a alegria proporcionada pelo momento de lazer influenciaria na saúde dos internados.

A Fisioterapeuta F1 e a Técnica de Enfermagem T1, do hospital particular, enfatizaram a contribuição do lazer para o bem-estar físico e mental dos internados. F1 afirmou que o lazer era importante *“Não só para a saúde física como para a saúde mental [...]”* por poder *“[...] tornar seu dia um pouco mais diferente, um pouco mais prazeroso”*.

O Internado I2, da instituição particular, também ressaltou o prazer, acrescentando-lhe a idéia da livre escolha, como características do fenômeno do lazer, importantes para a saúde: *“Além de ajudar na recuperação, na saúde do pessoal. [...] A pessoa já está internada, se está internada já tem algum mal, então alguma coisa prazerosa, como o lazer, só vai ajudar; não tenho dúvida. Ainda mais que não é obrigado. É facultativo.”* (I2).

Gutierrez (2001, p.14), em “Lazer e prazer”, esclarece que o prazer vai de “uma simples e amena sensação de conforto até a esperança de vivenciar sensação tão intensa e arrebatadora que pode suprimir qualquer vestígio de racionalidade com respeito a fins; qualquer busca racional da dominação; qualquer identidade de classe social, ou ainda, qualquer sentimento de solidariedade, privilegiando, única e exclusivamente, a sua realização egoísta e pessoal.”.

Em sua discussão, Gutierrez (2001) afirma que o lazer não pressupõe a consumação do prazer. Segundo o autor (p.7), “Seu compromisso é com a busca do prazer, com a luta por uma sensação de prazer, que pode, ou não, vir a ocorrer.”. O autor é enfático ao afirmar que “não existe lazer sem a expectativa de realizar alguma forma de prazer.” (p.14).

Nesse sentido, Bellato e Carvalho (2002) defenderam que o lúdico aparece durante a internação, não através de situações estereotipadas, como jogos ou momentos e espaços próprios para o lazer, mas de maneira simples, em instantes de prazer, estimulados pelo convívio.

Por um lado, o relato destas autoras condiz com questões apontadas pela presente dissertação, quando faz referência ao prazer. Por outro, como se pôde perceber, o relato demonstra um afastamento da realidade dos hospitais pesquisados, quando se percebe que o lúdico aparece também durante as vivências de lazer existentes nos hospitais, como a televisão, a leitura, a intervenção dos *clowns*, os trabalhos manuais.

A voluntária I7, do hospital público, disse acreditar que o lazer teria uma influência na saúde das pessoas, na medida em que elas se sentiriam mais livres dentro da instituição. Contudo, apesar destas ponderações, como visto no capítulo anterior, os voluntários dos três hospitais investigados ressaltaram a falta de liberdade dos internados. Com certeza, este aspecto tem uma interferência na questão da livre escolha no lazer, pois as restrições aos indivíduos limitam as opções de vivências de lazer.

Essa questão da livre escolha do indivíduo foi desenvolvida no campo de estudos do lazer, através do caráter liberatório. Mesmo havendo a liberdade de escolha dos indivíduos, ressalta-se que nem tudo no lazer é totalmente livre das obrigações, de modo que “o lazer é liberação de um certo gênero de obrigações.” (DUMAZEDIER, 1999, p.94).

De um modo geral, nesta pesquisa foi interessante constatar alguns depoimentos, como o da Enfermeira E2, do hospital de ensino, que se caracterizou por uma visão ampliada de lazer, como um fenômeno que poderia assumir diversas funções na vida dos internados, como: o estabelecimento do equilíbrio emocional, a aceitação da doença, a melhora da auto-estima, a ocupação do tempo e o desenvolvimento pessoal. Neste último caso, a função de desenvolvimento auxiliaria os internados no reconhecimento do processo de adoecimento, como parte fundamental da vida. Assim, pensando que as pessoas não deixam de ter seus gostos e desejos, nem de aprenderem novos conhecimentos ou de terem novas idéias por estarem doentes fica notório, que estes processos não devem ser prejudicados por causa do

problema de saúde. Nesse sentido, mesmo doente a pessoa tem muitas potencialidades a serem criadas, desenvolvidas e treinadas.

Wellington Nogueira explicita bem este aspecto do trabalho com o lazer aplicado à intervenção do *clown* no hospital: “Eu [clown] vou buscar o que está bom, o que está legal aqui nessa criança e trazer isso à tona, através da interação. Então dessa forma a gente vê a transformação e lida de uma maneira saudável com essa tristeza.” (DOUTORES DA ALEGRIA: O FILME, 2005).

A Técnica de Enfermagem T2, do hospital de ensino, também demonstrou uma visão bastante interessante. Ela fala em seu relato de educação para o lazer dentro do hospital e mudança no estilo de vida das pessoas através do lazer. Ela afirmou:

[...] mesmo que a pessoa não tenha [lazer] lá fora, se ela chegar aqui e ela descobrir, eu acho que pode, que deveria, que seria bom. Como é gostoso, porque muita gente às vezes trabalha, trabalha, trabalha e puf! Caiu. Adoeceu e vem para dentro do hospital. Às vezes aquele paciente até morre, mas às vezes aquele paciente vai voltar para vida lá fora. Se ele voltar para a vida lá fora sabendo que: Como é bom fazer uma caminhada! Como é bom eu ter um teatro! Como é bom eu poder confraternizar com os outros! Para ele já seria um tipo de vida diferente que ele ia ter. Eu acho que seria interessante. (T2).

A partir das considerações sobre o papel do lazer no hospital pode-se perceber que é comum em muitos hospitais a atribuição ao lazer, da função de auxiliar outras práticas, consideradas mais importantes dentro da instituição, o que também é encontrado em diversos artigos que retratam o assunto (MASETTI, 2003; FERRETI; SOUZA, 2004; GOULART; MORAIS, 2000; PAGOTTO; SILVA, 2006; LANÇONI, 2006; FONSECA *et al.*, 2006).

Os relatos anteriores deixam claro que o lazer é visto como um meio eficiente de ocupar o tempo, de fazê-lo passar mais rápido e de afastar os internados dos problemas que os incomodam, entre outros aspectos. Diante dos relatos sobre o papel do lazer no hospital, observa-se que muitos dos fatores aqui relacionados foram apontados em outros estudos. Dentre as funções do lazer citadas Januzzi e Cintra (2006), destacam-se a recuperação, a ocupação e a passagem do tempo, e o esquecimento do hospital.

Ao discutir as contribuições da animação hospitalar para as crianças internadas, Rey (2007) enfatiza a ocupação do tempo livre, a melhoria da qualidade de vida e a facilitação da permanência do internado no hospital, a amenização dos problemas derivados do cotidiano hospitalar, a integração do internado ao espaço hospitalar, a redução do estresse, da ansiedade e do isolamento gerados pela hospitalização, as contribuições para a

“desdramatização” da situação do internado, a prevenção à passividade e à problemas psicológicos, o descobrimento e a reafirmação das potencialidades do internado, a melhoria da auto-estima, o desenvolvimento da criatividade, o aumento do acervo cultural, o desenvolvimento de laços afetivos e a restituição da percepção individual de controle e competência.

A partir das colocações dos voluntários, observa-se que o lazer dentro do hospital assumia conotações comumente compensatórias e utilitaristas, sendo visto como um meio de enfrentamento de outros problemas, não possuindo fim em si mesmo. Todos os segmentos de voluntários entrevistados apontaram isto. Ademais, a observação também traz essas percepções. Pensando nisso, acredita-se que não seja possível o desenvolvimento de propostas de lazer para os internados em hospitais, desvinculadas totalmente desses papéis. Percebe-se que esse caráter pode ser importante neste tipo de vivência dentro do hospital e não deve ser retirado deste contexto, pois traz contribuições para os internados. Contudo, nem todos os voluntários faziam esta restrição ao papel do lazer.

O lazer desvinculado das funções compensatórias e utilitaristas era menos valorizado dentro do hospital. Apesar disso, esta perspectiva de apropriação do fenômeno demonstrou-se possível em hospitais. Neste caso, ressalta-se a relevância do papel do profissional do lazer para a ampliação das perspectivas sobre este no contexto hospitalar. Esse profissional poderá direcionar as vivências e conduzi-las de forma a contemplar as diversas funções do lazer ressaltadas na literatura, entre elas, o desenvolvimento pessoal, enfatizando a dimensão da saúde dentro deste contexto, ao invés da dimensão da doença.

Diante das ênfases encontradas nos hospitais, é razoável crer que uma justificativa adotada pelas instituições para a inserção do lazer seria justamente a ocupação do tempo. Neste sentido, baseado nas evidências da pesquisa de campo e bibliográfica, parece que é importante valorizar o papel de ocupação do tempo que o lazer pode desempenhar dentro do hospital. Entretanto, não se pode esquecer que há diversas outras funções que o fenômeno pode cumprir dentro do hospital, na medida em que este tempo vai sendo ressignificado e os internados passam a ver o lazer como uma possibilidade de leitura diferenciada do mundo. Assim, o aspecto do desenvolvimento se mescla com questões relacionadas à compensação e o utilitarismo, o que é legítimo, pois todos estes aspectos possuem importância para a vida dos internados e podem coexistir.

De certa forma, os significados atribuídos ao lazer, segundo os voluntários, têm congruências com pesquisas realizadas no que diz respeito a sua contribuição para a integralidade da atenção, a adesão ao tratamento, o estabelecimento de canais que facilitem a

comunicação entre internado- profissional de saúde- acompanhante e a (re)significação da doença por parte dos sujeitos (MITRE; GOMES, 2004).

Sikilero, Moeselli e Duarte (1997) discutem a recreação hospitalar e afirmam que esta auxilia na amenização de ansiedades decorrentes da situação de desconforto e estranheza, constitui um exercício físico e mental, favorece a aceitação de algumas situações e é também um recurso de educação e de saúde.

4.2 O internado e o lazer no hospital

O pavimento do hospital público onde a pesquisa foi desenvolvida apresentava de forma geral uma grande rotatividade de internados, pois recebia muitas pessoas que se internavam para fazer cirurgias, as quais eram, geralmente, procedimentos mais simples que não demandavam um tempo muito extenso de internação, pois permitiam uma recuperação rápida dentro do hospital. Essas pessoas que se internavam para operar vinham andando e, raramente, demonstravam algum tipo de sofrimento ou dor até fazerem o tratamento indicado ou passarem pelo procedimento cirúrgico. Aparentemente não estavam doentes.

Por isso, era comum estas pessoas demorarem a assumir o comportamento de internados, ou seja, evitavam ficar deitadas no leito e vestir a roupa do hospital público. Um internado, por exemplo, que esperava pela cirurgia, colocou a roupa do hospital conforme solicitado pela equipe de enfermagem, mas não quis se deitar no leito. Ele ficou boa parte do dia em pé e sentado na cadeira reservada para sua acompanhante. O ato de se deitar parecia ser o maior símbolo da internação, pois carregava a idéia da impotência e da debilitação gerada pela doença. Talvez por isso, tantas pessoas se sentissem incomodadas e até se recusassem a fazê-lo por um tempo, conforme observado. Para quem já havia acabado de ser submetido à cirurgia, só restava esperar por ela assistindo televisão, dormindo ou conversando com os acompanhantes, visitas e demais internados.

No hospital particular, as pessoas que faziam cirurgias programadas e que se internavam para isso, apresentavam uma recuperação rápida e uma permanência curta na instituição. Isso significava que a maioria destes internados não tinha tempo de se sentir ociosos e apresentavam necessidades completamente diferentes dos internados por tempo prolongado. Além disso, como a Acompanhante A2 explicou, às vezes, o internado usava um tipo de medicamento para ficar mais tranquilo e isso fazia com que ele tivesse um

comportamento menos ativo, devido ao alto grau de relaxamento provocado pela medicação. Baseado nisso, pode-se afirmar que, nestas condições, o internado muitas vezes tinha uma percepção diferenciada do tempo, do espaço e de sua condição de saúde, dentre outros aspectos. Acredita-se que isso poderia interferir na capacidade do internado de participação no lazer.

Além disso, é importante levar em consideração que o nível de participação desempenhado pela pessoa durante a vivência de lazer, pode sofrer variações entre criativo, crítico e conformista (MARCELLINO, 1996), de acordo não só com a medicação, mas também com o grau de sofrimento ou com a intensidade da dor sentida pela pessoa. Desse modo, em alguns momentos pode não ser possível alcançar níveis criativos de participação, uma vez que o internado pode encontrar dificuldades para se concentrar e se envolver em uma vivência.

A Enfermeira E1, do hospital particular, fez um relato sobre essa atitude. Ela reconheceu que nem sempre a possibilidade de desempenhar determinada atividade significava a sua concretização, pois dependia muito mais da motivação, do humor e da dor que o internado sentia. Dependia de uma atitude da pessoa:

[...] às vezes [...] a única coisa que ela pode fazer de tão diferente e que ela quer fazer também, é ver televisão. [...] as pessoas não tem muito interesse e às vezes pela própria doença não tem nem vontade. [...] gostam de ficar no quarto escuro... [...] mas ela realmente fica muito limitada, porque vai depender do humor que ela está, e ela está num hospital que é um lugar que ninguém gosta. Vai depender do humor dela, se ela está com alguma dor ou não... Se tem alguma outra coisa associada atrapalhando... (E1)

No hospital particular, a Acompanhante A2 também se posicionou sobre a questão da atitude: *“Tem caso que o paciente não pode ter nem este tipo de intervenção. Não vai ter lazer nenhum que tire ele desta situação.”*

A ociosidade foi apontada também como um fator que atrapalhava o processo de desenvolvimento da atitude do internado do hospital particular, que muitas vezes estava aliado à passividade e ao comodismo frente à situação: *“[...] tem hora que a pessoa também nem agüenta fazer muita coisa, pelo fato de não estar agüentando mais ficar no hospital à toa... [...] Às vezes a pessoa nem vê mais a televisão, entendeu? E também não procura muita coisa diferente para fazer, não.” (E1).*

Nesse sentido, Dumazedier (1976) explica que, na atitude passiva, não há uma participação consciente e voluntária na vida social e cultural, podendo caracterizar o isolamento, o recolhimento social, e a anomia. Além disso, o lazer passivo é conformista às

normas culturais do meio social e não representa para o indivíduo qualquer grau de responsabilidade com relação aos diversos grupos sociais. O lazer passivo é submisso a práticas rotineiras, imagens estereotipadas e a idéias preconcebidas de determinado meio social, pois não há esforço para considerar, compreender, explicar e utilizar os produtos da técnica, das ciências e das artes. Por último, este tipo de atitude não requer um equilíbrio entre o repouso, a distração e o desenvolvimento contínuo e harmonioso da personalidade.³⁹

Ao se pensar o grupo dos internados e sua realidade concreta, a função terapêutica do lazer trabalhada por diversos autores é interessante. Segundo Sue (1992), a função terapêutica do lazer seria a reunião das funções de descanso e diversão. O descanso permite a recuperação da fadiga física e a diversão libera as tensões nervosas, além de restabelecer o equilíbrio psicológico, de modo que o lazer contribui para manter um bom estado de saúde.

Para Rey (2007, p.155), as idéias de Palomo sobre os diferentes tipos de atividades lúdicas, desenvolvidas na prática hospitalar, são importantes. Neste contexto, o jogo pode ser compreendido e tratado como recreação, como educação e como terapia. Segundo Palomo, o jogo como recreação é uma forma de diversão e entretenimento diante da inatividade e da espera. O jogo como educação proporciona à pessoa estímulos favorecedores do seu desenvolvimento. Por fim, o jogo como terapia “cumpre a função de expressar medos e preocupações sobre o ocorrido durante o internamento hospitalar.”.

De modo semelhante ao jogo como terapia, na pesquisa desenvolvida em hospitais por Mitre e Gomes (2004) e por Oliveira, Dias e Roazzi (2003), o *brincar* é considerado uma intervenção terapêutica, pois a atividade lúdica poderia ser um espaço para que os sujeitos elaborassem a experiência de sua hospitalização, dando sentido a essa vivência e, ao mesmo tempo, lidando melhor com essa situação através da redução da angústia, da reorganização de sentimentos e da tranquilização das crianças.

Sikilero, Moeselli e Duarte (1997) apresentam a visão da recreação como proposta terapêutica para crianças. Para os autores, este tipo de proposta busca resgatar o lado sadio do internado, estimulando a criatividade, as manifestações de alegria e do lazer que recriam energia e vitalidade, muitas vezes superando barreiras e preconceitos de que a doença e hospitalização são lugares de solidão, saudade e sentimentos dolorosos.

³⁹ A atividade de lazer em si mesma não é passiva ou ativa. Segundo o autor, a atitude que o indivíduo assume diante do lazer é que o define como ativo ou passivo. Além disso, nenhuma dessas atitudes se opõem, sendo dominantes uma sobre a outra de acordo com os indivíduos e as circunstâncias (DUMAZEDIER, 1976).

Com relação a esta possibilidade, no documentário “Doutores da Alegria: O filme”⁴⁰, a *clown* Thais Ferrara esclarece um posicionamento importante: “[...] a gente aprende a buscar a qualidade do riso. Que não é de qualquer jeito [...] e também não é colocando o riso no lugar da briga, da dor, da indignação. O riso não é para afastar os problemas, mas é para integrá-los à vida.”. Assim, o depoimento da *clown* refuta a idéia de fuga da doença e do sofrimento, de modo que, segundo ela, tanto um quanto o outro são valorizados e considerados fundamentais para os internados.

Neste ponto, é importante ressaltar que nem todo internado busca ocupar o tempo e fugir do tédio. Somente sentem estas necessidades aqueles internados que não estão mais tão doentes, que não passam por tanto sofrimento, que estão menos sedados ou que estão menos cansados das intervenções dos profissionais de saúde. Estas pessoas somam condições de não pensar somente na doença e passam a prestar atenção no mundo, observando aquilo de que sentem falta dentro do hospital, o que geralmente tem relação com a rotina interrompida. Um exemplo que ilustrou isso foi a situação de um internado do hospital particular, que vocalizava grande sofrimento. Esse homem, seguramente, não conseguiria se envolver de forma crítica e criativa em qualquer vivência de lazer. Para ele a única possibilidade de vivência de lazer talvez fosse aquela que o ajudasse a minimizar ou aliviar a sua dor, desviando a atenção da doença, sem despendar muita energia para isso.

Nesse sentido, a ocupação do tempo e a fuga do tédio são importantes para os internados em questão, sendo ainda mais valiosas se trabalhadas em conjunto com a idéia de ressignificação dos elementos que perpassam a experiência de internação hospitalar, e caso procurem considerar o indivíduo integralmente, atentando para as suas necessidades. No caso específico do hospital, acredita-se que as funções do lazer de ocupação do tempo, liberação da dor, relaxamento, fuga do tédio, entre outras, sejam complementares à idéia de ressignificação do lazer e de desenvolvimento pessoal e social, podendo ocorrer simultaneamente; isto demonstra o quanto o fenômeno do lazer é complexo. Assim, o lazer considerado tradicionalmente como compensatório e utilitarista, não necessariamente representa uma forma de reificação para os internados, mas sim possui um papel funcionalista, ou seja, de desempenhador de funções, importante e fundamental para o enfrentamento do processo que vivenciam.

⁴⁰ Cf. nota 35.

4.3 Manifestações de lazer encontradas no hospital

Os voluntários do hospital público identificaram, como vivências de lazer, o uso do notebook, bordados como crochê e tricô, pintura, jogos eletrônicos, baralho, confecção de bijuterias, assistir televisão, ouvir música, leitura, “banho de sol”, a intervenção dos voluntários religiosos, as apresentações de corais e as intervenções dos *clowns*.

De um modo geral, no hospital público, o período da tarde consistia no momento onde eram perceptíveis os lazeres individuais, dentre eles a observação da movimentação da internação. Alguns internados descobriam o jardim de inverno da internação particular e gostavam de ficar observando-o sentados no sofá. Era um momento de ócio vivenciado através da contemplação.

O corredor do hospital público era um lugar de movimentação de internados; uma oportunidade de conhecer pessoas e de conversar, pois andar por ele era um passeio relativamente longo.

Ir à capela também era como passear, para diversos internados, pois aquele era um lugar totalmente diferente do quarto de internação do hospital público. Na capela as pessoas liam revistas deixadas pela pastoral da saúde, conversavam e rezavam.

As voluntárias da pastoral da saúde passavam um período da tarde cantando canções e tocando violão para os internados do hospital público. Elas entravam em todos os quartos. No período em que elas estiveram na internação, uma música tocou na capela. Nos dias de missa as pessoas cantavam hinos, que se prolongavam além do horário da missa. Internados e acompanhantes continuavam cantando, o que constituía uma distração para eles e um momento de total envolvimento com a vivência.

Alguns internados do hospital público gostavam de ler. A Internada I7, por exemplo, lia revistas que pedia para sua irmã trazer, o que demonstrava que havia uma vontade da internada de desempenhar aquela atividade e uma atitude de buscá-la. A finalidade da leitura, segundo a internada, era “*ocupar esse espaço vazio*”, ou seja, ocupar o tempo ocioso dentro do hospital. No caso da Internada I8, a leitura era um passatempo⁴¹ do qual ela disse não gostar, não podendo, assim, ser uma vivência de lazer. No entanto, o que preocupou

⁴¹ A palavra passatempo é rica de significados. Embora seja comumente utilizada para designar jogos e atividades de rápida e simples execução, a palavra traz a idéia de passar ou gastar o tempo, geralmente, quando não se tem nada para fazer. Essa perspectiva é em parte preocupante, pois pensar que as pessoas não conseguem lidar com o tempo de modo mais natural, a ponto de quererem fazê-lo passar o mais rápido possível, é uma idéia que se afasta da possibilidade do desenvolvimento pessoal.

neste relato foi que, para passar o tempo ocioso, a internada estava disposta a fazer qualquer coisa, mesmo que não gostasse. Além disso, a Enfermeira E4, do hospital público, afirmou que muitos internados não sabiam ler, o que requeria pensar em outras possibilidades de lazer, além da leitura.

Outra internada do hospital público, que afirmara sentir muitas dores e estava bastante deprimida, bordava o dia inteiro. A intervenção de lazer talvez ajudasse a internada a superar ou enfrentar a situação. Neste caso, seria um trabalho terapêutico que objetivasse aliviar a dor e recuperar a sua auto-estima, valorizar o seu potencial para novas aprendizagens, estimular o seu crescimento pessoal e contribuir para a aceitação de sua condição e para o desenvolvimento de um olhar mais positivo sobre si mesma.

Um internado do hospital público distraía-se no celular deitado no leito, o que enfatizava o quanto o telefone era importante. Além disso, sua Acompanhante A9 afirmou que ele ouvia as suas orações no rádio. No entanto, para ela isso não era lazer, uma vez que entendia que ouvir o rádio era uma forma de distração. Aqui a acompanhante revelou uma contradição no seu entendimento de lazer. Seu relato era de uma vivência de lazer, mas A9 não reconhecia isso.

O hospital público possuía dois *clowns* que trabalhavam duas vezes por semana no período da manhã, em conjunto com a T.O. da instituição. Duas mulheres internadas há mais tempo no setor (34 e 27 dias de internação) disseram que nunca haviam recebido a visita dos *clowns*. Isso significava que por mais que a intervenção ocorresse com frequência, os *clowns* não conseguiam atender todos os internados de forma recorrente, não estando organizados para fazê-lo no longo prazo.

A intervenção dos três profissionais nas unidades de internação era realizada com todos os internados que estivessem nos quartos com as portas abertas, ou no corredor. Muitas portas ficavam fechadas no período da manhã. O sono dos internados que estivessem dormindo era respeitado e aqueles em atendimento médico ou outro procedimento não eram interrompidos. A T.O. cantava e tocava violão e, ao final das intervenções, deixava uma mensagem para os internados, que normalmente continha um teor voltado para a reflexão sobre a doença. Nesse sentido, as observações permitiram identificar que esta expressão final, geralmente, abrandava o êxtase provocado pela atuação anterior dos profissionais.

Isso tem relação direta com a afirmação de Ferrara, já discutida neste trabalho (DOUTORES DA ALEGRIA: O FILME, 2005). Tendo como base o depoimento da atriz, o riso, assim como o lazer, não deve fazer a pessoa se esquecer da doença e sim ajudá-la a reorganizar suas impressões sobre a mesma e sobre a vida como um todo. Nesse sentido, é

isso que a T.O. fazia. Relembrava os internados da situação pela qual passavam, no sentido de que deveria ser enfrentada e não esquecida.

A partir da observação e de uma conversa informal com os *clowns*, a T.O. e outros profissionais permitiram identificar que não se sabia os nomes ou os problemas de saúde dos internados que seriam atendidos antes da intervenção. Estes aspectos muitas vezes eram identificados durante a intervenção com cada internado, por meio do contato direto, até mesmo porque, sendo uma intervenção que raramente ocorria, não era possível construir uma relação prolongada com o internado, que muitas vezes já havia ido embora quando o grupo retornava à unidade de internação.

Visualmente os *clowns* chamavam muita atenção, pois vestiam roupas coloridas e engraçadas, usavam nariz postiço vermelho, perucas, maquiagem, arranjos no cabelo e o jaleco branco dos médicos. Sonoramente as músicas que eles cantavam também chamavam a atenção das pessoas que passavam e as faziam acompanhar o movimento deles.

Para muitos internados em sofrimento, a intervenção dos *clowns* não era bem-vinda.⁴² Na medida em que isto era observado pelos profissionais, a vontade dos internados era respeitada. Esta observação condiz com o relato da Enfermeira E4, de que a intervenção dos *clowns* era uma diversão da qual nem todos os internados gostavam. Foi o caso da *internada* I9, que durante a intervenção dos *clowns*, foi incapaz de explicitar qualquer reação de satisfação, demonstrando desânimo e indiferença, porque estava passando mal.

Contudo, em seu relato posterior, I9 disse ter adorado a visita dos *clowns*. Assim, mesmo os internados que não gostavam ou não demonstravam envolvimento diante da intervenção do *clown*, distraíam-se com ela por alguns momentos através da observação. Observar é uma das formas de participação das pessoas e, neste sentido, mesmo quem não quer se envolver, mas fica à margem observando, está participando da intervenção. Nesses casos, é certo que a intervenção em si pode não se constituir lazer para estas pessoas, mas cumpre um papel de distração.

Entretanto, havia aqueles internados que realmente se envolviam. Um internado do hospital público tinha tanta expectativa do encontro que, ao ver os *clowns* no corredor foi para o seu quarto esperá-los, para não correr o risco de um desencontro.

A Médica M3 disse ter observado uma mudança positiva no comportamento dos internados após a intervenção da T.O. e dos *clowns*. Segundo ela, “*Eles ficam mais alegres.*”. Pode ser possível que a intervenção de lazer conduzida pelo *clown* tenha efeitos fisiológicos

⁴² Percebeu-se através das observações dos internados e dos demais sujeitos do hospital que o mau-humor constituía-se em um impedimento para o aproveitamento da intervenção dos *clowns*.

sobre os internados, que ocasionem as mudanças observadas pelos profissionais de saúde: humor, fim da apatia, e interação. Estas mudanças podem contribuir de alguma forma para a vida do internado. Rey (2007, p.154) fala especificamente do riso. Segundo ela,

[...] o riso não só cumpre uma função psicológica face à dor, como tem também um efeito imunológico comprovado. Sabe-se que provoca uma grande liberação não só de endorfinas, como também de serotonina, dopamina e adrenalina. Tal circunstância contribui para uma maior vitalidade, energia, e aumenta a *atividade* cerebral. O riso é um estímulo eficaz perante o *stress*, a depressão, a tristeza e o medo. Diminui a ansiedade e potencia [sic] a comunicação entre o profissional e o doente.

Os voluntários do hospital de ensino identificaram como vivências de lazer a pintura em tecido e o crochê, por estímulo do projeto da terapia ocupacional, bem como o jogo de baralho, apresentações de canto e coral. Apesar de alguns voluntários do hospital de ensino afirmarem não ter visto os internados fazerem nada além de dormir e conversar, a observação permitiu evidenciar o contrário. Os internados desenvolviam diversas vivências de lazer. As atividades manuais e intelectuais, como tricô, crochê, bordado, confecção de bijuterias, desenho, jogos de celular, ouvir rádio, leitura de revistas, jornais e livros foram presenciadas durante a observação, geralmente, sendo desenvolvidas no próprio leito dos internados.

O Internado I6, por exemplo, disse passar boa parte do dia ouvindo o seu radinho de fones de ouvido. Em alguns momentos em que ficava fora da Enfermaria, observou-se que ele compartilhava o som do rádio com outros internados através do alto falante e ouvia. Segundo I6, o rádio o impedia de estar chateado e o ajudava a passar o tempo dentro da internação.

Uma internada fazia bijuterias e ficava sentada em seu leito o dia inteiro, quase não andava pelo corredor do hospital de ensino. Ainda assim, raramente foi encontrada dormindo. Fazer bijuterias era para ela, ao mesmo tempo, passatempo e trabalho, pois dizia que com o dinheiro da venda das pulseiras, ela pagava a passagem de ônibus de suas visitas. A internada realizava a atividade por conta própria, sem a intervenção do hospital. No entanto, demonstrou querer aprender outras técnicas para a realização da tarefa. Afirmou estar disposta a freqüentar as oficinas da T.O., contudo ainda não havia tido qualquer contato com as profissionais.

Mesmo com estes exemplos identificados durante a observação, neste hospital houve pessoas que disseram sentir falta de algumas vivências de lazer que integravam suas vidas cotidianas fora do hospital. A Internada I4 disse que sentia falta de cuidar de seu jardim

e de cozinhar; a Acompanhante A6 afirmou que seu pai sentia falta de seus animais e plantas. A Acompanhante A4 explicou que a internada que ela acompanhava sentia falta de assistir televisão e das pessoas. A Acompanhante A5 também afirmou o mesmo, aludindo à falta que seu marido sentia das pessoas.

Em parte, esta carência movia muitos internados do hospital de ensino a passar algum tempo falando ao telefone público do *hall* central. O telefone acabava sendo uma forma de distração, de modo que também eram recebidas ligações externas no aparelho. No entanto, esta prática era dificultada, pois o hospital não vendia o cartão telefônico, o que fazia com que muitas pessoas, mesmo tendo o dinheiro para adquiri-lo, não conseguissem fazê-lo. Muitas vezes os funcionários cooperavam e se encarregavam da tarefa de comprar o cartão.

Dentro do hospital de ensino, destacava-se uma ação de lazer desenvolvida pela T.O. em um espaço que ficava localizado em um andar diferente da unidade de internação pesquisada. Era uma sala pequena contendo livros, revistas, brinquedos, vídeo-game, TV e outros itens. Ficava aberta cerca de três horas por dia. Os internados podiam visitar o local durante este horário. O projeto possuía monitoras que passavam nas enfermarias durante a semana oferecendo revistas e livros para os internados e divulgando as ações desenvolvidas. Estas visitas não eram diárias. As ações comumente desenvolvidas eram oficinas de artesanato. No entanto, poucos internados do setor se deslocavam para a sala do projeto, sendo que, efetivamente, a ação alcançava poucos internados.

Segundo a Enfermeira E2, a maioria dos internados nem ficava sabendo que podia realizar atividades da T.O., pois muitas vezes nem se encontravam com as monitoras que desenvolviam as ações do projeto. De acordo com uma profissional de saúde que trabalhava no setor, o projeto era mais impulsionado pelas internadas que incentivavam umas às outras a irem às oficinas, do que pela ação dos terapeutas ocupacionais junto ao leito de cada internado.

Nesse sentido, pode-se destacar que o envolvimento e a participação das pessoas do hospital de ensino, no projeto da T.O., eram muito mais determinados pela opinião formada pelos colegas de internação, que haviam freqüentado o espaço e participado das intervenções, do que propriamente pelos profissionais de saúde e profissionais integrantes do projeto.

Assim, a falta de informação sobre as ações de lazer indica que provavelmente este era um aspecto que necessitava ser aprimorado para que o lazer realmente fosse inserido no contexto hospitalar. Tanto no caso do desconhecimento pelos internados sobre a intervenção da T.O. no hospital de ensino, quanto acerca da intervenção dos *clowns* no

hospital público, percebe-se que mesmo havendo a possibilidade da vivência de lazer voltada para internados, dentro do hospital, ela pode não alcançar o “público-alvo”.

Este fato foi demonstrado na pesquisa realizada por Januzzi e Cintra (2006): as autoras observaram que, apesar da disponibilidade de aparelhos de televisão e revistas para os internados, apenas 24% dos idosos entrevistados afirmaram ter conhecimento destas vivências. Além disso, a falta de informação levava à pouca utilização das áreas de lazer.

Transpondo para a pesquisa realizada, isso ocorria claramente com o projeto da T.O. do hospital de ensino. Poucos internados iam a este espaço, porque, na unidade de internação pesquisada, poucos deles sabiam de sua existência.

Por outro lado, a falta de informação também acentuava a dependência dos internados, favorecendo situações de controle e relações de dominação dentro do hospital (TORALLES-PEREIRA et al., 2004), confirmando assim a afirmação nesse sentido, dada em pesquisa anterior.

Além disso, a Profissional de Saúde E2 afirmou que as revistas trazidas pela T.O. eram direcionadas a poucos internados do hospital de ensino, geralmente, aqueles que possuíam a solicitação do médico. Isso diminuía ainda mais o alcance do projeto da T.O. Ela explicou: *“São poucos que fazem terapia aqui. Mesmo porque, tem os que ficam pouco tempo. A terapia na verdade atende às pessoas que ficam mais tempo internadas. Se for um paciente que se interna num dia e opera [é operado] no outro, nem fica sabendo que tem terapia aqui.”*.

O médico do hospital de ensino (M2) afirmou que a T.O. era solicitada para atender aos internados mais ansiosos, tensos e que demonstrassem vontade de ir embora logo. Este depoimento deixa claro que, para o Médico a meta de ocupação do tempo e distração dos internados era o aspecto mais importante da atuação da T.O. Nesse sentido, M2 demonstrou se importar pouco com o tipo de vivência escolhida para ser desenvolvida junto aos internados, parecendo considerá-las sem relevância.

Partindo deste ponto de vista, acredita-se que as ações escolhidas pelos profissionais do lazer que atuam com os internados são de grande responsabilidade e não podem ser qualquer vivência ou qualquer intervenção. O processo de escolha das atividades de lazer deve levar em consideração uma série de aspectos, como as características e anseios do internado, a patologia, o controle da infecção hospitalar, o tempo e o espaço disponíveis, dentre outros. Além disso, novamente relembre-se que a idéia de ocupação do tempo, por si só, é insuficiente para justificar o lazer dentro do hospital, porque a ressignificação do tempo

é uma noção mais condizente com a concepção de saúde ampliada e sua articulação com o lazer.

Nesse sentido, pensando na relevância do lazer dentro do hospital, a Enfermeira E2 expressou a opinião de que o projeto da T.O. deveria ser mais aplicado na rotina da internação do hospital de ensino, com visitas diárias nos períodos da manhã e da tarde e verificação dos novos internados e dos seus interesses.

A Técnica de Enfermagem, T2, revelou que os técnicos de enfermagem do hospital de ensino tinham grande influência sobre as solicitações da intervenção da T.O. Esses profissionais, segundo ela, costumavam alertar enfermeiros e médicos sobre necessidades de solicitação desse serviço para os internados.

As mulheres, do hospital de ensino, pareciam muito mais ativas do que os homens. Elas desempenhavam mais atividades enquanto estavam internadas. Para a Enfermeira E2, havia uma resistência dos homens às atividades propostas pela T.O. Segundo ela, *“os homens são mais difíceis. Parece que eles são mais resistentes [...]”*. Contudo, é possível que a maior inserção das mulheres nas vivências esteja relacionada ao tipo de atividade desenvolvida.

O material disponibilizado pelo projeto da T.O. do hospital de ensino (revistas, livros, brinquedos e congêneres) passava por um processo de desinfecção após o manuseio dos internados. Este procedimento era realizado para evitar a disseminação de bactérias causadoras da infecção hospitalar entre esses sujeitos.

No entanto, nem sempre o que era planejado em relação à desinfecção acontecia. Por exemplo, em determinado dia da pesquisa de campo, uma internada que estava deitada, lia uma revista deixada pelas monitoras do projeto. Teoricamente, ao acabar a leitura, nenhum outro internado poderia pegar na revista antes da desinfecção. Contudo, a revista foi oferecida pela internada a uma colega na mesma condição, que por sinal estava muito abatida. Na mesma hora esta sentou-se no leito, pegou os óculos e começou a folhear a revista.

Mesmo deitada, a internada do hospital de ensino estava suscetível a estímulos, como o oferecido pela colega de enfermaria. A possibilidade de vivenciar algo novo em meio à tediosa rotina da internação foi tentadora e, por isso, aceita tão rapidamente.

A observação demonstrou o quanto é complicado e desafiador realizar os procedimentos para o controle da infecção hospitalar. No caso das revistas, um dos objetos de lazer utilizados dentro do hospital, mesmo não havendo o estímulo e a permissão para a troca do objeto entre os internados, ela ocorria com frequência na enfermaria, de modo que havia riscos de proliferação de infecções pelo hospital.

Acredita-se que esta decisão não deva ser tomada somente pelo profissional de lazer do hospital, mas sim por alguém mais capacitado, que possua formação específica na área biológica e que entenda melhor sobre a ocorrência e disseminação da infecção hospitalar. Apesar disso, é preciso levar em consideração, baseada na concepção de saúde ampliada, que impedir um internado de realizar uma atividade de lazer pode também ser prejudicial à saúde.

De acordo com as colocações de Moore (1978), existem indícios de que as sociedades complexas apresentam falta de coerência e suscitem fracassos do sistema de vida coletiva, de modo que os padrões de comportamento podem ter consequências realmente negativas para a manutenção do sistema. Assim, o procedimento de desinfecção dos objetos utilizados no projeto constitui uma tentativa de superar uma disfunção presente no contexto hospitalar, que é a proliferação das bactérias causadoras da infecção hospitalar. Além disso, as ações dos internados contrárias as regras pré-estabelecidas, como a relacionada ao controle de infecção hospitalar, são exemplos dessas atitudes que trazem em si a potencialidade de gerar consequências negativas para o sistema.

Algumas atividades de lazer também foram identificadas pelos voluntários do hospital particular: jogar baralho e outros jogos como vídeo-game, assistir televisão, ver filmes, receber visitas, ouvir música, usar o computador, preencher palavras cruzadas, “tomar banho de sol” e ler jornal ou livro.

Os relatos de I1 e I2, do hospital particular, demonstraram que a leitura era uma vivência importante: “[...] eu gosto de [...] ler alguma coisa: um livro, uma bíblia, que eu gosto de ler todo dia. [...] eu às vezes não consigo nem dedicar [-me] à leitura [...]. E, quanto ao tempo, eu estou com o livro para ler, trouxe a bíblia para ler.” (I1); e “Além disso, é leitura. Principalmente, semanários: VEJA, ISTOÉ... Minhas irmãs trazem as revistas...” (I2). Nestes relatos também é possível perceber que a família compreendia a necessidade de leitura pelo internado e que este também possuía uma atitude voltada para garantir o acesso a esse tipo de lazer: “Acabou, eu peço: Compra mais...” (I2). Como I2, outros internados agiam desta forma, o que demonstra que estes encontravam um modo de obter o material de leitura, que utilizavam com frequência. Assim, a iniciativa para o desempenho da vivência era fundamental.

Contudo, não eram disponibilizados materiais de leitura no hospital. Nem gratuitos, nem para venda. Os internados providenciavam esse material, quando era do seu interesse. No quarto não havia nada para os internados lerem, exceto um panfleto explicativo sobre os serviços de internação-hotelaria oferecidos, como governança e canais da TV a cabo, além de questões relacionadas ao meio ambiente, serviços próximos ao hospital, cultura e

lazer em BH. Nesta última seção falava-se sobre um ponto turístico de BH. De certa forma, isso poderia constituir um estímulo para que futuramente os internados pudessem visitar este ponto turístico em seu momento de lazer. No campo de estudos do lazer, esse tipo de iniciativa é denominado *educação para o lazer* e considera que, para a prática positiva das atividades de lazer, é necessário aprendizado, estímulo e iniciação, que possibilitem ao indivíduo a passagem de níveis menos elaborados e simples, para níveis mais elaborados, complexos, com enriquecimento do espírito crítico (MARCELLINO, 1987).

No hospital particular, a Acompanhante de I1 (A1) afirmou que ele gostava muito de falar ao telefone, e que isto tinha muita relação com sua necessidade de sociabilização, reconhecida pelo próprio I1. Este disse como a sociabilização era importante em sua vida enquanto vivência de lazer. No entanto, manifestou impossibilidade de efetiva realização deste tipo de lazer dentro do hospital, demonstrando que reconhecia implicitamente determinadas regras da instituição que diziam respeito à preservação da vida privada de cada internado.

No meu caso, porque eu gosto muito de conhecer pessoas, bater papo, conversar... Isso para mim é o grande lazer no hospital. Poder ter o direito de conversar com a pessoa do quarto ao lado. Poder ter o prazer, a honra de poder bater na porta do paciente do quarto ao lado, lógico que não vai acontecer, nem deve. [...] Não pode. Tem o controle do hospital, não é? (I1)

Percebeu-se assim que nem todos os internados do hospital particular estavam resignados com a situação oferecida pelo hospital, pois providenciavam atividades para desempenharem enquanto internados. A Enfermeira E1 afirmou: *“Às vezes algumas pessoas fazem alguma coisa diferente.”*. Ela garantiu que *“[...] tem gente que procura. Tem gente que lê um jornal, [havia] um paciente lá em outro andar me pedindo jornal todo dia, entendeu? E ficava lá no sofazinho lendo...”*.

Muitas pessoas do hospital particular iam até a janela da sala de espera observar a paisagem da cidade. Isso era muito comum. Nos períodos em que a luz solar incidia diretamente na sala de espera, à tarde, ainda mais pessoas costumavam ir para esse local. Um internado vinha até ali toda tarde. Ele, e muitos outros, costumavam ficar em pé olhando o movimento da cidade. Talvez o hospital não reconhecesse esta possibilidade de distração dos internados. Tanto era assim que as cadeiras da sala de espera encontravam-se posicionadas de modo que a pessoa ficasse de costas para a paisagem da cidade e de frente para o corredor da internação e para o posto de enfermagem. Sentar-se na cadeira e ver o que se passava do lado de fora era muito incômodo.

A busca dos internados do hospital particular pelo sol, muitas vezes tinha relação com a necessidade de acompanhar a realidade fora da internação. Na internação do hospital público, por exemplo, só havia uma janela onde era possível avistar a cidade e por isso mesmo era muito procurada pelos internados. Em vários momentos observou-se que, mesmo não incidindo luz solar diretamente na janela ou em dias nublados, os internados continuavam indo ao local. No entanto, era um espaço restrito que abrigava no máximo duas pessoas e que não possuía cadeiras; sendo assim não era muito confortável para os internados. Uma internada, usando cadeira de rodas, sempre ia até este local e ficava admirando a vista. Na verdade, essa atitude tinha relação com a sua resistência em se isolar do mundo e em voltar-se só para a doença. Mesmo que ficar na janela representasse um ato bastante simples, era significativo de uma postura da internada que podia muito bem ser extensiva a uma disposição pela participação em vivências de lazer que lhe fossem disponibilizadas.

A Médica M1, do hospital particular, disse acreditar que o lazer só poderia ser desenvolvido junto aos internados em estado de doença “agudos”. Para ela *“se tivesse alguma coisa, uma programação para eles fazerem, eu acho que de repente o tempo passaria mais rápido.”*

A profissional demonstrou entender o lazer como um acelerador do tempo. No entanto, é imperativo questionar os motivos que faziam com que a médica acreditasse que o tempo dos internados devia passar mais rápido. Esta visão provavelmente traduzia uma insatisfação com o tempo que é vivido na internação. Além disso, esta foi uma postura que não valorizou as potenciais contribuições da doença para a vida do indivíduo, pois de acordo com a lógica de M1, era importante acelerar a relação indivíduo-doença. Em vez de realizar o processo de aceleração do tempo, acredita-se ser mais interessante descobrir o que o torna tedioso e insuportável de ser vivido no seu “compasso normal”. A partir desta descoberta será possível ressignificá-lo, de modo que as pessoas, na condição de internados, o vivam com o mínimo de sofrimento possível.

As manifestações de lazer desenvolvidas em hospitais, como as que acabam de ser citadas, contribuem sobremaneira para a humanização hospitalar e têm um efeito terapêutico, embora não curativo sobre os internados (REY, 2007).

Segundo Mitre e Gomes (2004), as manifestações de lazer terapêuticas são predominantes na atuação dos profissionais de saúde. No entanto, pensando que os discursos dos entrevistados indicaram que a vivência de lazer poderia ter um uso sociocultural, cabe aqui reportar-se a Pimentel e colaboradores (2004), os quais afirmaram que a atividade lúdica

junto a grupos hospitalizados possui, além dos aspectos terapêuticos, aspectos relacionados à formação cultural do indivíduo.

Observou-se em todos os hospitais investigados que o leito poderia definitivamente ser considerado um espaço onde poderiam ser desenvolvidas vivências de lazer para os internados, pois muitas delas ocorriam nesse local.

4.4 A televisão como vivência de lazer no hospital

A televisão tem sido o tipo de lazer mais comum entre a população (MARCELLINO, 1996). Há quem afirme que este meio de comunicação é o fenômeno social e cultural mais impressionante da história da humanidade. Essa impressão se deve ao fato de a televisão ter se constituído no maior instrumento de socialização que já existiu, ocupando muitas horas da vida cotidiana dos cidadãos (FERRÉS *apud* PIRES; RIBEIRO, 2004).

No hospital particular, todos os quartos possuíam televisão. Esta era a única possibilidade de lazer disponibilizada pela instituição aos internados. Contudo, o hospital particular alugava o controle-remoto necessário para a utilização do equipamento, de modo que a instituição não oferecia uma possibilidade de lazer de forma gratuita para os internados.

Apesar de todos os internados reclusos do hospital particular terem contratado o aluguel de operação à distância da televisão, em conversas informais, descobriu-se que nem todos estavam satisfeitos com esta cobrança, achando-a extremamente cara. Além disso, houve outras reclamações relacionadas à televisão. A Acompanhante A2 criticou as dimensões reduzidas da televisão, pelo fato de isto exigir das pessoas um grande esforço visual. Segundo A2, isso atrapalhava a distração das pessoas diante da vivência de lazer⁴³.

No hospital público, todos os quartos de internação também possuíam um aparelho de TV. Pela manhã, quase todos os televisores eram ligados pelos internados, funcionando como um tipo de despertador, porque depois de ligados, nenhum internado dormia. À tarde, menos aparelhos foram vistos ligados. O volume da televisão se adaptava à movimentação da internação. Algumas vezes elas eram ligadas em volumes altos, e outras, em volumes tão baixos que pareciam inaudíveis.

⁴³ A observação do quarto de internação indica que a posição da televisão no apartamento foi definida com base no conforto do internado. Assim, o relato da acompanhante pode ter relação com o seu desconforto para assistir televisão.

As televisões desse hospital não dispunham de controle-remoto, o que acarretava, na maioria das vezes, a necessidade de ajuda de algum funcionário ou acompanhante para desligá-la e ligá-la. Conforme constatado, a partir das observações e de conversas informais com os internados, em muitos casos eles não conseguiam ligar ou desligar o aparelho, nem alterar o seu volume. Estas pessoas disseram que costumavam sentir vergonha de pedir ajuda. Nesse sentido, não importava se a televisão era a cabo, pois as pessoas não tinham autonomia para mudar os canais, o que as estimulava a deixar a televisão no canal em programações habituais, ou a desligarem. O relato da internada I9 exemplifica isto: *"De manhã eu vou ver uns desenhos, mas hoje não teve ninguém para ligar. [...] Não gosto de ficar amolando os outros, não."*

O hospital de ensino não disponibilizava a televisão nas enfermarias. Segundo as regras da instituição, conforme relato da Enfermeira E2, o internado poderia levar o rádio e, até mesmo, a sua própria televisão portátil para a enfermaria. Isso ocorria às vezes, mas a maioria dos internados não tinha condições de fazê-lo.

Segundo relatos de algumas funcionárias do hospital de ensino, uma sala de convivência dos internados no *hall* central havia sido desativada. Nela eram disponibilizados jornal e televisão. A retirada desta possibilidade revelou a importância conferida ao lazer dos internados nesta instituição.

Contudo, mesmo não havendo televisão na internação deste hospital, alguns internados revelaram ir a outros setores com esta finalidade. Estes locais não eram muito confortáveis, mas isso não pareceu um problema para eles. Este foi o caso do Internado I6, que conseguiu permissão da enfermeira para ir a outro andar do hospital assistir ao noticiário na televisão. Isso reforçou a existência de uma flexibilidade institucional em relação ao controle do deslocamento dos internados.

Por outro lado, apesar de alguns hospitais disponibilizarem a televisão para os internados, um dado interessante foi que a sua disponibilidade não significava, necessariamente, a sua utilização pelos internados como vivência de lazer. No hospital particular, o Internado I1, por exemplo, disse possuir grande dificuldade de se distrair com a televisão. Apesar disso, ele afirmou reconhecer a importância deste tipo de lazer, para a passagem do tempo das pessoas. I1 chamou atenção para a existência da rotina em relação a esta possibilidade, pois a programação seguia uma grade de horários específica e previamente agendada, sem qualquer participação do telespectador, o que possuía uma relação extremamente próxima com a rotina rígida do hospital.

No hospital de ensino, o mesmo foi observado no quarto isolado⁴⁴ que possuía uma televisão. Uma internada que aparentava grande sofrimento ficava com a televisão ligada o dia inteiro. No entanto, ela não prestava atenção aos programas transmitidos, pois mantinha o olhar distante da TV e chorava bastante. A televisão parecia fazer “companhia” para ela, mas não passava disso. E não significava uma vivência de lazer, pois não havia qualquer envolvimento e participação da internada naquela vivência.

A Técnica de Enfermagem T1 afirmou que, na maioria das vezes que entrava nos quartos do hospital particular, os internados estavam assistindo televisão. No hospital público, isso também foi visível na observação. Quando as pessoas não estavam dormindo, estavam vendo televisão. A presença constante e indiscutível do televisor no quarto fazia com que até mesmo os internados que não gostavam de assistir televisão acabassem realizando-o em alguns momentos. Foi comum notar as pessoas dormirem com a televisão ligada ou então assistirem um programa fazendo outras atividades simultaneamente, como crochê. Uma internada, por exemplo, deixava a televisão ligada durante todo o dia, inclusive enquanto dormia, comia e conversava.

A Acompanhante de I1 (A1) disse acreditar que a televisão era importantíssima dentro do quarto do hospital particular. Ela questionou: *“Como é que pode ficar no quarto sem TV?”*. Provavelmente esta problematização se relacionava diretamente com a restrição do internado ao quarto e com a ociosidade que a situação da internação provocava nas pessoas, sendo amenizada em algum grau pela distração que a televisão poderia provocar.

Outros internados afirmaram a importância desse tipo de lazer e como especificamente a programação da televisão se relacionava intimamente com o tempo e constituía uma das formas de o internado acompanhar a sua passagem no hospital particular: *“Além da televisão... Eu vejo noticiário de manhã, eu vejo na hora do almoço noticiários esportivos e políticos, etc. À tardinha também é noticiário e, às vezes, futebol ou algum filme.”* (I2). O mesmo internado complementou: *“Mas eu toda hora estou olhando. Agora acabou o desenho animado da Globo. Posso ver o Jornal Hoje.”* (I2).

A televisão constituía um recurso de distração dos internados e de ocupação do tempo, principalmente para aqueles que esperavam algum procedimento, pois não tendo o que fazer no período costumavam ficar bastante nervosos. Assim, a televisão ajudava-os a retirar o foco da expectativa do procedimento que seria realizado e da espera até sua realização. De

⁴⁴ Quarto que possuía televisão, onde o internado ficava sozinho ou, no máximo, com outra pessoa, por estar mais debilitado ou estar sofrendo de doença contagiosa.

modo bastante semelhante, a Técnica de Enfermagem T3, do hospital público, afirmou que a televisão era importante para que o internado não ficasse pensando somente na doença.

Acredita-se, porém, que da mesma forma que a televisão pode significar esta possibilidade, outras manifestações culturais de lazer também podem ter importante significação. Esta não é uma utilidade limitada à televisão. Reconhecer isso significa ampliar as possibilidades de lazer dos indivíduos, partindo do princípio de que, com quanto mais experiências o indivíduo tiver contato, maiores serão os benefícios para a sua vida e sua saúde.

A Acompanhante A4 disse pensar que a disponibilização da televisão no quarto dos internados era uma mordomia. Ela revelou que a internada por ela acompanhada, no hospital de ensino, gostaria muito de ter uma televisão para assistir e demonstrava ter consciência de que só ficar deitada sem fazer nada não era bom; por isso A4 disse entender ser necessário que houvesse alguma ocupação.

Este relato é interessante, pois revelou uma postura, que se mostrou muito comum entre acompanhantes e internados, de não questionar a realidade do hospital e preferir resignar-se diante dela. Percebe-se que a acompanhante não reconheceu a importância da televisão como vivência de lazer influenciadora da saúde das pessoas. Além disso, um fator importante se referia ao fato de que a internada possuía uma atitude de tentar mudar a sua situação através do pedido do aparelho de televisão.

O Internado I5, do hospital de ensino, afirmou acreditar que poderia haver uma televisão no andar para os internados assistirem. A Enfermeira E2 afirmou que havia um planejamento de colocar televisão dentro das enfermarias para os internados. Segundo ela, *“a televisão ajuda muito a passar o tempo. Porque ele fica distraído e o tempo passa mais depressa.”*. No entanto, E2 disse acreditar *“que deveria ter uma sala para eles [os internados] ficarem vendo televisão, conversar... [...] E você vê que eles ficam sentindo necessidade daquilo, eles ficam sentindo falta de uma coisa para fazer.”*.

A Acompanhante A4, do hospital de ensino, afirmou acreditar ser possível serem colocadas televisões nas enfermarias para que os internados mais debilitados também pudessem assistir.

A Enfermeira E4 disse acreditar que era importante ter a televisão em todas as enfermarias do hospital público como ocorria, pois a instituição não tinha muita opção de lazer para oferecer para os internados. Além disso, segundo ela, a televisão constituía um tipo de lazer muito utilizado entre os brasileiros e, também, uma opção para aqueles que não se movimentavam ou tinham muita dificuldade em fazê-lo.

Pelo relato de E4, é perceptível que a profissional entende que o acesso à televisão seja algo melhor que não ter o acesso a nenhum tipo de lazer. Essa última possibilidade era justamente a realidade do hospital de ensino, que não possuía televisão nas enfermarias. Contudo, apesar de relatos de profissionais do mesmo hospital a respeito de rumores de uma possível colocação de aparelhos de televisão nas enfermarias, a ocorrência constante das ações de ensino dentro da internação, talvez, não permitisse respeitar o momento da assistência à televisão de cada internado. Levando em consideração as observações realizadas nesta instituição a respeito, principalmente da movimentação de pessoas e profissionais, torna-se difícil vislumbrar a experiência televisiva sendo plenamente desenvolvida, enquanto opção de lazer hospitalar.

Já a Enfermeira E3 e a Acompanhante A6, do hospital de ensino, ressaltaram que a televisão poderia acabar incomodando algum internado. Por isso, E3 afirmou entender que a televisão deveria ser disponibilizada em uma área separada da Enfermaria.

Realmente, isso foi observado no hospital público. Em muitos momentos, a televisão constituía um incômodo para os internados desse hospital. A instituição possuía um horário definido para desligá-la, mas, segundo a Enfermeira E4, havia um conflito entre os internados que queriam continuar assistindo a televisão até mais tarde e os internados que não queriam. Segundo E4, quando estava dentro do horário permitido para o uso da televisão e algum internado queria desligá-la, costumava-se direcionar o aparelho para o internado que queria vê-lo, e abaixar o volume.

A Médica M3 confirmou a existência desse conflito no hospital público e ressaltou que a convivência era difícil. Ela observou que ouvia os internados responderem ao seu pedido para abaixar a televisão com indiretas de descontentamento: ‘Ah, por mim podia desligar!’. Além disso, M3 comentou sobre a divisão da televisão entre três pessoas, que geralmente possuíam gostos totalmente diferentes. Muitas vezes ocorria de um internado acabar controlando a televisão e assistindo os programas de sua preferência.

Essas opiniões sobre a localização da televisão eram divergentes de acordo com as necessidades variadas, do grau de tolerância e da aceitação das pessoas, de modo que encontrar um ponto de vista comum a todos é sempre algo bastante difícil (BELLATO; CARVALHO, 2002).

Diversas são as críticas encontradas na literatura a respeito deste meio de comunicação. Uma delas diz respeito ao fato de as emoções e sensações suscitadas pela programação e lógica televisiva, impedirem as pessoas de encontrarem-se consigo mesmas

através da reflexão e da consciência crítica, produzindo assim uma condição clara de alienação e conformismo (PIRES; RIBEIRO, 2004).

Além disso, sendo um recurso valioso para o estímulo do consumo rápido e homogêneo, que visa em primeiro lugar a rentabilidade e o retorno financeiro, a maioria dos programas veiculados na televisão costuma ser elementar e fragmentária, o que gera críticas a esta forma de lazer (MARCELLINO, 1996). Constituindo parte da indústria midiática, a televisão produz, veicula e determina mercadorias ou bens culturais, banalizados, para o consumo das massas (PIRES; HACK, 2004).

Assim, mesmo admitindo que a televisão assumia um papel de companhia para muitos internados, evitando-lhes sentimentos de solidão através da distração provocada, entende-se que esta vivência de lazer, que faz parte da vida cotidiana da população, acaba desempenhando, na maioria das vezes, um papel bastante empobrecido na vida dos indivíduos. Isso, porque este tipo de vivência é caracterizada pela má qualidade das programações transmitidas pelas emissoras e pela limitação dos indivíduos a uma única experiência sensorial.

Assim, a televisão nem sempre era uma vivência agradável para os internados. O Internado I1, do hospital particular, relatou sobre um filme que havia assistido na madrugada e que o deixou impressionado, assustado e preocupado. Talvez não tivesse contribuído muito para que ele recuperasse o sono, motivo de ele ter ligado a TV naquele horário. Essa situação evidenciou a necessidade de o hospital se preocupar com a programação dos canais que assinava na TV a cabo. Outra questão também importante se referia à orientação das pessoas para o tipo de programas a serem vistos, o que tem uma relação direta com a educação para o lazer e que poderia ser uma tarefa desempenhada pelo profissional de lazer do hospital.

Conforme visto nos três hospitais estudados, a televisão despertava uma atenção especial dos internados. Mesmo no hospital em que não era disponibilizada a televisão, houve relatos da presença desta vivência entre alguns internados. Essa constatação corrobora os resultados da pesquisa de Januzzi e Cintra (2006), nos quais a televisão foi considerada uma das atividades de lazer existentes no hospital.

Dumazedier (1976) já anunciava, na segunda metade do século XX, uma realidade sobre a televisão que se perpetuou com o passar dos anos e se tornou ainda mais marcante nos dias de hoje. Para o autor, a televisão era um fenômeno de lazer comum a todas as classes e categorias sociais, sendo para muitos “uma ocupação do tempo livre, sendo já esta característica uma poderosa determinante daquilo que o público espera do conteúdo dos programas.” (p.178). Para o autor, a idéia de ocupação do tempo livre era complexa, pois

refletia um desejo de evasão que correspondia a um desinteresse pela participação, entretenimento e adaptação, informação e formação.

4.5 As visitas como momento de lazer no hospital

Nos hospitais de ensino e público, o acompanhamento de uma pessoa era permitido para os internados menores de 18 anos e maiores de 60 anos. A maioria dos internados não possuía acompanhantes. Pessoas que não se enquadravam nestas faixas etárias, mas apresentaram um estado de saúde mais grave, conseguiam a liberação para o acompanhamento. Estes hospitais eram bastante rigorosos no controle da entrada e saída de pessoas das internações.

Os acompanhantes dos internados não costumavam mudar muito no hospital público: geralmente uma mesma pessoa acompanhava o internado por muitos dias. Isso decorria do fato de os demais componentes da família estarem trabalhando, ou da distância que separava o internado de sua família quando ele era do interior. Era comum serem designadas para o acompanhamento do internado pessoas desempregadas, ou que a família considerava ter menos tarefas a realizar. Talvez por isso era perceptível que, para alguns, o acompanhamento se constituía em um pesado fardo. Por dia era permitida a entrada de duas visitas, juntas ou separadas, no período entre 15:00 e 16:00 horas e entre 19:30 e 20:30. Após o horário de visitas, os seguranças do hospital percorriam a área de internação, solicitando a saída daqueles que ainda permaneciam no local. As observações indicaram que este horário era muito limitado e provocava no internado o afastamento da família, e o faziam sentir-se sozinho durante a internação. Não era permitida a entrada de crianças, exceto com a permissão do setor de Psicologia ou Enfermagem.

No hospital de ensino, por dia, era permitida a entrada de quatro visitas, uma por vez, que poderia ocorrer entre 11:00 e 20:00 horas. A maioria dos visitantes desse hospital eram pessoas muito próximas aos internados, que ficavam boa parte do dia com eles, sendo poucas as visitas esporádicas e rápidas. Muitos visitantes permaneciam com os internados mais tempo do que os acompanhantes. Apesar da semelhança de comportamento entre os acompanhantes e os visitantes, estes últimos tinham grande dificuldade de receber esclarecimentos sobre a saúde do internado, uma vez que geralmente os médicos vinham à internação só pela manhã.

Comumente, as pessoas tentavam burlar as restrições para a visita aos internados. Desse modo, muitos recebiam mais de uma visita de uma vez ou ficavam com as visitas além do tempo permitido. Este era o caso da acompanhante do hospital de ensino, A5, que ficava todo o período de visitas com o marido e uma hora a mais. Ela afirmou a importância de sua presença junto do internado: *“quando eu estou com ele, ele fica bem mais calmo. E quando eu não estou com ele, ele fica muito agitado.”*.

No hospital particular, apesar de haver um limite diário para o número de acompanhantes e de visitas por internado, não havia um controle sobre a entrada e a saída de pessoas da internação. Havia casos em que o internado era acompanhado o dia inteiro por mais de uma pessoa. Observou-se um número de até seis acompanhantes simultâneos, sendo que, quanto mais grave era o estado de saúde do internado, maior era o número de visitas e de acompanhantes.

A maioria dos acompanhantes do hospital público se mostrava essencial no processo de cuidado, pois auxiliava no deslocamento do internado pelo quarto e banheiro, no banho, no ajuste da inclinação do leito, na alimentação, na troca do canal da televisão, entre outras ações. É certo que a Equipe de Enfermagem realizaria este cuidado, caso o internado não tivesse acompanhante, mas com certeza não com tanta atenção, carinho e prontidão como o acompanhante fazia. A este respeito foram encontradas exceções, pois havia acompanhantes que não ajudavam os internados, preocupando-se mais em ver TV ou conversar com outras pessoas. Apesar de nem todo acompanhante cuidar realmente do internado, eles mais contribuíam do que atrapalhavam o processo.

As visitas eram muito importantes para os internados do hospital particular. Elas eram uma forma de distração. Em alguns casos, elas modificavam por completo o comportamento do sujeito. O Internado I2, por exemplo, que chamava as enfermeiras todo tempo, após receber uma visita não teve mais necessidade de chamá-las. Talvez o encontro com a visita tenha resultado numa interferência no seu estado de humor e sua percepção da internação, na medida em que supriu suas necessidades de sociabilização. Principalmente no caso deste internado, a visita teve um papel relevante, pois ele não possuía acompanhante. No entanto, o internado relatou que havia uma diferença entre as visitas “mais íntimas” e as demais. Para ele, enquanto as visitas mais íntimas ficavam um tempo mais prolongado com ele, *“As outras visitas [...] são visitas de quinze minutos, no máximo. A pessoa sabe que não pode ficar aí esse tempo todo, isso aqui não é lanchonete.”* (I2).

Em determinado dia, uma internada do hospital público, que dizia sentir muita dor e estava desacompanhada, demonstrava desânimo extremo. Após a chegada de sua

acompanhante, seu humor mudou completamente, de modo que ela se mostrou muito mais animada. Esta internada, que dias atrás se dizia auto-suficiente e não se importar se estava acompanhada ou não, demonstrou claramente como a situação não era bem assim. Ela percebia a importância do acompanhante junto dela. Foi uma mudança de opinião, que só foi possível diante das dificuldades que a doença apresentou para a internada.

O Internado I1, no hospital particular, disse acreditar que a visita e o acompanhamento eram fatores muito importantes para a sua recuperação. Segundo ele, *“Acho que isso é um grande fator na recuperação: o carinho da família.”* (I1). Esse relato se repetiu no hospital de ensino, onde a Internada I4 e a Acompanhante A5 apontaram que os internados sentiam a falta da família durante a internação.

Por resultar em um momento de encontro como o mencionado anteriormente, a visita também constituía um possível lazer para muitos internados. No hospital particular, o Internado I1 ponderou: *“Eu acho também essencial. No meu caso... Eu gosto de falar muito, de conversar muito... De comunicar, de brincar, de ficar sorrindo, isso me alegra... [...] É um lazer a mais.”*. E o Internado I2 complementou: *“Não sou de manifestar muito, mas me dá um prazer muito grande vê-las; e outra coisa: são pessoas, minhas irmãs tanto quanto minha mulher, de um bom nível intelectual, que dá para conversar, que dá para trocar idéia.”* (I2).

Assim, ao trazerem notícias sobre os últimos acontecimentos na família, na cidade e no mundo dos quais os internados se viam afastados pela reclusão no hospital, as visitas eram uma forma de relembrar a realidade da vida cotidiana do internado, que havia sido suspensa durante a internação.

No entanto, em alguns casos a visita acabava se constituindo em um incômodo para o internado: *“[...] comigo aconteceu um dia só aqui dentro... ainda mais no começo. A gente está cansado. Não está tão bem assim. [...] tem que dar atenção.”* (I1). O Internado I2, do hospital particular, também comentou sobre isso:

Em certo ponto, em certo momento, sim. Eu diria que, na fase em que eu [...] cheguei no hospital, [...] estou debilitado, estou cansado, não suporto falar, com dor de garganta, etc. Quero dizer, eu estou mal, preciso ficar quietinho, tomando meu remédio quieto e não quero nem ouvir ninguém falar nada. Nesse momento não é bom visita, não... [...]. A visita, na realidade, é boa no momento em que você está melhor. E você está quase indo embora. (I2)

A Acompanhante A2, do hospital particular, comentou sobre a visita: *“[...] visita é faca de dois gumes. Ao mesmo tempo em que a visita demonstra a qualidade da pessoa, o quanto ela faz falta lá fora, é também um motivo de repressão”*. Este ponto de vista, na verdade, demonstra que a visita poderia ser negativa para o internado.

Segundo relatos (I4, I5, I6, A6 e A4), os internados do hospital de ensino, em geral, gostavam muito das visitas. No entanto, havia exceções. O Internado I6 contou de uma visita desagradável, que se prolongara no hospital por cinco horas. A Acompanhante A6 afirmou que seu pai não gostava de todas as visitas. Segundo ela, o internado reclamava da demora de algumas pessoas durante a visita. A Acompanhante A5 também relatou que seu marido gostava de algumas visitas e de outras, não. Segundo ela, o internado se sentia incomodado quando as visitas falavam de problemas pessoais e utilizava uma estratégia para estimular a saída das visitas não prazerosas: fingia estar dormindo.

A visitação de uma hora não representava incômodo para os internados do hospital público, uma vez que era um tempo curto que não permitia ao internado sentir-se incomodado. Além disso, os internados preparavam-se para esse momento. A partir do instante em que as visitas adentravam o hospital, podia-se perceber o aumento de internados andando pelo corredor, acompanhados dos visitantes. Apesar disso, muitas vezes os visitantes demonstravam inquietação e insatisfação em estar no hospital, o que contribuía para que não permanecessem todo o tempo com o internado, concentrando-se na porta dos quartos ou no corredor.

Estes dados sobre as visitas corroboram os resultados da pesquisa junto a idosos internados, realizada por Januzzi e Cintra (2006). Neste estudo, 95% dos entrevistados mencionaram a conversa e a visita de familiares e amigos como vivências de lazer praticadas durante a hospitalização. A prática da conversa e a visita ocupavam o tempo e podem estar relacionadas ao prazer de compartilhar experiências com o outro, no ambiente hospitalar. Como Bellato e Carvalho (2002) enfatizam, o compartilhar de emoções, presente nas narrativas dos internados, sobre as relações interpessoais, falam das trocas como um fundamento da agregação social.

4.6 Possibilidades para o lazer no hospital

A Acompanhante A9, do hospital público, disse que não acreditava que uma proposta de lazer pudesse ser desenvolvida dentro do hospital. Da mesma forma, o voluntário I1, do hospital particular, afirmou: “[...] eu não vejo como o hospital oferecer para o internado muitas opções de lazer”. No entanto, este internado disse reconhecer que talvez

houvesse possibilidades, que poderiam ser mais bem pensadas por pessoas especializadas no assunto.

A Acompanhante A3 abordou o assunto de forma bem racional, mencionando a realidade dos planos de saúde: *“Eu acho difícil, a saúde está tão precária, o pessoal difícil, igual os planos de saúde muito caros. É porque tem tanta coisa que ele nem cobre, então o plano de saúde não vai cobrir isso, não. Senão eles já tinham desenvolvido”*.

O mesmo tipo de preocupação foi demonstrada pela Acompanhante A1, do hospital particular. Ela citou uma série de possibilidades de lazer dentro do hospital, mas enfatizou que *“São coisas que eu acho muito difíceis, difíceis para manter”*. Na verdade, ela disse considerar impossível no momento, por questões financeiras. Para ela, no caso dos hospitais públicos, *“a questão da saúde já está um pouco largada. O governo não contribui como devia...”* e no caso do hospital particular: *“Um dos motivos principais é a verba. A falta de verba. Lógico, para você colocar isso, você vai aumentar a despesa, não só com a colocação e compra dos materiais, mas com pessoal, com tudo!”*.

A Acompanhante A2 afirmou acreditar que, para uma inserção viável do lazer no hospital particular, seria preciso pensar em algo que não tivesse o custo muito elevado, pois *“a doença já tem um custo.”*. Além do mais, o lazer neste âmbito deveria ser bem organizado e pensado, pois *“o hospital tem um nome a zelar. Eles não vão começar isso aqui de brincadeira [...]”*.

Outro profissional de saúde do hospital de ensino, o Médico M2, disse que acreditava não haver interesse do hospital em desenvolver o lazer em suas dependências. Para ele, *“O interesse do hospital é sempre economizar o dinheiro, mesmo que seja aparentemente; economizar porque, na verdade, depois não é economizar nada.”*.

O relato da Enfermeira E1 mostrou um distanciamento entre pensar o lazer no hospital e a concretização deste tipo de intervenção nesta instituição. A voluntária explicou que o lazer não era prioridade do hospital particular:

Eu acho meio difícil, porque o foco do hospital está agora em outras coisas, na questão de creditação, em questões burocráticas acontecendo, então acho que acaba que apesar deste foco ser muito importante, para eles não seria, para questão da diretoria, seria um foco bom para o nosso paciente, qualidade para o nosso paciente. Para eles em si, agora teriam coisas mais importantes. Coloque aspas aí. Porque há de se pensar, então eu acho que, hoje, não. (E1)

A Técnica de Enfermagem T3, também disse que não acreditava ser fácil a implantação do lazer no hospital público naquele momento, porque a instituição estava

envolvida com outras questões. Já a Técnica de Enfermagem T1, afirmou acreditar não ser possível desenvolver propostas de lazer no hospital particular, devido à falta de estrutura para isso, à falta de espaço e ao desinteresse da instituição neste aspecto.

A Acompanhante A5, do hospital de ensino, afirmou que a inserção deste tipo de vivência não era interesse dos profissionais do hospital, por eles terem uma visão sobre o tratamento e sobre a saúde, de que *“o doente tem que ficar ali só tomando remédio... Só tomando remédio e não fazendo mais nada.”*.

Realmente, no comentário de M1 sobre a viabilidade do lazer no hospital particular, pode-se observar a preocupação principal da profissional:

Eu acho que, desde que isso não interfira [...] no tratamento do paciente, por exemplo, como é que um paciente que está tomando soroterapia ou drogas ou amina, heparina, [...] vai poder participar das atividades? [...] se isso é aberto para todo mundo, eu acho que de repente ele se sentiria até excluído, porque eu não posso participar? Geraria uma coisa maior. Então, sinceramente, eu acho muito distante a questão do lazer no hospital por isso. Eu acho que a televisão e tal... Até mesmo porque o hospital é aquela fonte de o paciente ficar bom e pronto! Ir embora. Ninguém gosta de ficar internado. (M1)

O Internado I2, do hospital particular, foi enfático:

Não! Não há necessidade, na minha opinião, de mais nada em termos de lazer. Nós não temos aqui nesse hospital, por exemplo, não tem pediatria. Se tivesse, tinha que ter uma área para criança, eu não tenho dúvida. Agora é só adulto... Eu acho dispensável. Eu acho que o conforto já é muito bom... (I2)

A Internada I8 também afirmou que acreditava na possibilidade de inserção de propostas de lazer dentro do hospital público, com profissionais específicos para isso, principalmente junto a crianças. Segundo ela, a criança precisava de lazer mais que o adulto, sendo que em seu relato, o lazer era mais relacionado por ela com a brincadeira.

Essa idéia de que as crianças necessitam de lazer mais do que os adultos foi mencionada por diversos voluntários. No hospital público, por exemplo, E4 afirmou acreditar que o lazer era mais importante para os jovens e as pessoas mais ativas, pois elas corriam o risco de ficar muito deprimidas e tinham a tendência de piora do estado de saúde.

Ademais, a Médica M1 disse acreditar que propostas de lazer para os adultos internados eram difíceis de serem pensadas. Em seu relato, ela sugeriu que os adultos não aceitariam participar de propostas de lazer.

São relevantes nos relatos acima as referências feitas às crianças. Já mencionou-se que o lazer é aceito sem resistências, quando voltado para crianças internadas, que são o alvo da maioria da produção científica e de ações de lazer em hospitais (ALAMY, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2001; DOUTORES DA ALEGRIA: O FILME, 2005; GREGIANIN *et al.*, 1997; MASETTI, 1998; MITRE; GOMES, 2007, PAGOTTO; SILVA, 2006; ZAVASCHI *et al.*, 1997).

A Enfermeira E1 e a Médica M1, do hospital particular, por exemplo, só conheciam propostas de lazer desenvolvidas em hospitais, voltadas para este público. Assim, os adultos internados, por raramente serem objeto de ações de lazer em hospitais, nem sempre são reconhecidos como um público em potencial para este tipo de intervenção.

Na verdade, as considerações sobre a impossibilidade do desenvolvimento de propostas de lazer com adultos não são consenso na literatura. Alguns autores garantem que o lazer dentro do hospital depende muito mais do tipo de patologia que o internado apresenta, do que faixa etária em que ele se enquadre, uma vez que o lazer proporciona benefícios para diferentes grupos etários, entre eles os adultos (PIMENTEL *et al.*, 2004).

O Internado I3, apesar de dizer sentir falta do lazer que tinha fora do hospital particular, afirmou que não via possibilidades para o fenômeno dentro do hospital. Mesmo assim ele revelou *“que talvez, pudesse ter nos hospitais [...] algumas áreas de convivência, entre os doentes”*.

No mesmo sentido, o mesmo internado, que não visualizava a inserção do lazer no hospital particular (I1), vislumbrava possibilidades para a sociabilização no Centro Ecumênico. Apesar de nunca ter ouvido falar no local antes de a pesquisadora mencioná-lo, I1 falou que acreditava ser este um espaço privilegiado para tal tipo de vivência: o encontro das pessoas. Ele disse: *“Mas esse centro substitui tudo isso... Ali é nosso ponto de encontro... Eu não sabia que eu podia ir lá contar o meu caso, escutar caso, contar história, conhecer pessoas novas, interessantes... Quem sabe até tomar um solzinho na parte da manhã?”* (I1).

A Enfermeira E1, do hospital particular, disse que conhecia o local e o descreveu da seguinte forma: *“[...] é novo o lugar [...]. É um lugar até mimoso, muito bonitinho. Eu acho que é um lugar que, se eu fosse [uma internada], eu iria.”*. Sobre o deslocamento das pessoas ao local, a profissional afirmou que considerava complicado e explicou:

[...] dependendo do paciente, você não vai deixar ir, não! Porque é no 20º andar; se o paciente passa mal, como é que você faz? E ele vai subir com quem? [...] Então isso dificulta um pouco. [...] se ele me passa mal lá, [...] até eu descobrir que está passando mal lá em cima... Outra: até eu chegar lá... (E1)

Na opinião da Enfermeira E1, se *“tivesse alguma área ali, próxima no hospital, ou mais próxima do andar, ficava muito mais tranquilo”*. Estes relatos chamam atenção, pois fica claro que o espaço do Centro Ecumênico foi criado sem serem pensadas previamente as formas de ocupá-lo e a viabilidade de acesso dos internados ao local.

A Enfermeira E1, do hospital particular, apontou possibilidades que via para o lazer no hospital: *“[...] se tivesse um andar igual uma salinha que tivesse livro, revistinha, até mesmo baralho. Se você quiser sentar ali com outro paciente [...] Ah, nem que for um computador [...] coisas de atrativo [...] “Tipo” criasse algum brinquedinho, alguma coisa assim.”*.

Outras possibilidades também foram citadas, por serem consideradas formas de distração viáveis e de fácil acesso, a serem desenvolvidas dentro do hospital particular:

“[...] uma sala de música ou, de repente, uma sala de jogos, onde de repente o paciente pudesse sair de dentro do quarto dele, [...] dividir experiência com outros pacientes que estão internados aqui e conversar assuntos diferentes, sair daquela rotina tensa de tratamento de doença e conseguir dividir o espaço com outras pessoas, de uma forma que ele busque o lazer. (F1)

Como Moreira (2001, p.193) afirmou,

O hospital pode apresentar-se como um espaço para estabelecer relações, para convivência com o outro, e onde a comunidade pode participar ativamente, construindo situações de alegria e prazer que não são próprios desse local. Nessa perspectiva, o ambiente hospitalar pode ser um espaço para o encontro espontâneo com o outro e consigo mesmo, onde seja possível descobrir atividades e relações que possam trazer-lhes satisfação e prazer.

A Técnica de Enfermagem, T2, disse pensar que era necessária a inserção de uma área de lazer, um espaço lúdico para os internados, como, por exemplo, uma biblioteca. Um lugar próximo da Enfermaria, onde mesmo as pessoas mais debilitadas, pudessem ir, sentar-se, ler, assistir televisão e tomar sol. Um lugar que não estivesse limitado só ao corredor e ao quarto.

A Acompanhante A1 sugeriu diversas possibilidades e, apesar de não ter certeza da viabilidade de suas sugestões dentro da instituição hospitalar particular, ela tentou pensar um pouco no internado e disse:

Eu acho indispensável ter, por exemplo, um espaço livre lá fora, ao ar livre, um parquinho para as crianças tomarem sol de manhã, saírem do quarto e para os adultos também. Um espaço pode ser um parquinho, pode ser um jardim com bancos, talvez alguns aparelhos de exercícios [...] É computadores, para gente nova. Computador faz falta. [...] uma biblioteca,

não sei, porque livros acumulam poeira. Não sei se seria bom para o hospital. Mas o objetivo do livro em si seria maravilhoso. A pessoa vai, escolhe um livro, tem acesso a um livro. [...] Eu penso numa quadra. [...] Uma sala de jogos, mas quem sabe o tênis de mesa, dama, jogos variados...
(A1)

Apesar de os corredores do hospital de ensino e público serem intensamente ocupados pelos internados, a Enfermeira E2 disse não acreditar que este devesse ser um espaço de lazer dos internados. Pensando-se nessas questões, espaços diferenciados poderiam ser criados dentro do hospital, com o objetivo de privilegiar o encontro das pessoas, desde que seu uso e localização fossem discutidos e cuidadosamente pensados pelo hospital como um todo.

Mesmo dizendo-se contrário à inserção do lazer em hospitais, o Internado I2 reconheceu que, para algumas pessoas, o lazer poderia ser importante:

Cada pessoa é um indivíduo. Para mim, não! Terminantemente, não. Só ia servir para fazer barulho, para incomodar as pessoas que não estão a fim daquilo. Mas a maioria das pessoas gosta disso. Se ela está com um problema que não a impede de jogar peteca, sei lá, de... De curtir o lazer dela... Ela gosta daquilo. Então, tem que dar oportunidade para todo mundo. Se pudesse ter uma área de lazer, certamente nós teríamos um número maior de pessoas que aprovariam, do que eu, por exemplo. É diferente também. (I2)

Segundo Marques, Câmelo e Santos (2007), baseando-se nos estudos de Bock, a motivação para o lazer depende das forças internas do indivíduo, que são impulsionadas por elementos como a necessidade, o desejo, a vontade, o interesse, o impulso e o instinto.

Além disso, I2 ainda complementou: “*Não vejo absolutamente problema nenhum nisso aí não. Isso, eu acho até que serviria...*”. Além disso, ressaltou o lazer como uma possibilidade de promoção do hospital. Uma forma de *marketing* da instituição na cidade: “*Seria um chamarisco para a clientela: àquele hospital tem esse diferencial de atendimento! Ele oferece isso! Se eu quiser usar, eu uso.*” (I2).

Esta possibilidade também foi vislumbrada pelos voluntários da pesquisa desenvolvida por Mitre e Gomes (2007, p.1280). Foi relatado que o trabalho com determinada vivência de lazer, por ser lúdico, tinha forte apelo em termos de apresentação externa, servindo como propaganda da instituição.

O Internado I2, do hospital particular, contradisse mais uma vez todo o seu discurso posterior, ao fazer o exercício de pensar sobre como poderia ser o desenvolvimento do lazer no hospital:

A gente teria que ter um outro espaço. [...], por exemplo, musculação. [...] Ginástica não deixa de ser um tipo de lazer também. Que além de contribuir com a internação, com o período de internação, eliminando essa inércia das pessoas que ficam na cama, ficam sentados num apartamento. Atividades assim que nem a ginástica, jogos menos agressivos, digamos até xadrez, dama, sinuca... Isso aí podia ajudar a passar o tempo. E boa parte do parte do pessoal, já que aqui deve ter sei lá uns trezentos leitos, está constantemente cheio, sempre teria gente disposta a isso. (I2)

O Internado I6, do hospital de ensino, achava que deveria haver uma área para os internados tomarem sol, o que auxiliaria na recuperação deles. Além disso, para a Acompanhante A5, poderia ser criada uma área de lazer onde os internados pudessem jogar baralho, dominó, fazer cruzadinha, bordar, fazer crochê e artesanato, entre outras distrações.

A Enfermeira E2, do hospital de ensino, disse que acreditava ser possível os internados desenharem, escreverem cartas, jogarem baralho, brincarem com brinquedos de montar e desmontar no hospital. Ela também cogitou a possibilidade de criação de outras opções, como atividades aeróbicas como caminhada, alongamento, exercícios respiratórios diferentes da fisioterapia.

A Acompanhante A6, do hospital de ensino, disse duvidar que fosse possível desenvolver dentro do hospital a maioria das vivências das quais seu pai gostava e sentia falta. Segundo ela, a existência de animais dentro do hospital não seria “legal”. No entanto, ela achava possível a realização de trabalhos artesanais, crochê, confecção de bijuterias e contação de histórias.

As vivências de lazer, sugeridas pelos voluntários do hospital público, foram jogos como jogo-da-velha (I8), bordado (A7, A9), pintura (A7, A9), o crochê (A7), visita de palhaços (A7)⁴⁵, contação de histórias (A7) e outras vivências que fizessem as pessoas rir (A7).

A Enfermeira E4, do hospital público, sugeriu a criação de um espaço de convivência para os internados, onde eles pudessem encontrar-se com outras pessoas, conversar, jogar e distrair-se, além de tomar sol. Ela acreditava que seria importante haver um funcionário capacitado para ficar neste local junto aos internados e auxiliá-los, caso passassem mal, pois o hospital tinha responsabilidade pelo internado. Ela comentou que a reativação da biblioteca⁴⁶ seria uma possibilidade de lazer. Nela as pessoas poderiam ler, sentar-se, descansar e conversar. Seria um espaço de lazer. A profissional disse que

⁴⁵ O depoimento da acompanhante é interessante, principalmente porque ela sugere o desenvolvimento de uma vivência que já existe dentro do hospital, mas que ela e a internada que ela acompanha não tiveram contato na internação.

⁴⁶ O hospital possuía uma biblioteca, que fora desativada para reestruturação do espaço e transformação em local de convivência para funcionários, internados e acompanhantes.

considerava importante uma maior divulgação do local, para que as pessoas usassem mais o espaço. Além disso, ela sugeriu a disponibilização de joguinhos para os internados nesse espaço. A Médica M3 afirmou que concordava com a criação da biblioteca, assim como a Internada I7, que disse acreditar que esta idéia fosse mais importante, pois os internados poderiam ir à biblioteca nos “horários vagos”. Uma questão importante era a preocupação da internada, ao sugerir atividades que as pessoas pudessem fazer, em não atrapalhar o horário rotineiro do hospital e, quem sabe, o tratamento. Por isso, ela disse “horários vagos”. E4 sugeriu, também, a comemoração de aniversários dos internados dentro do hospital.

A Médica M3, do hospital público, mencionou a criação de um espaço onde pudesse haver atividades físicas, como alongamentos, por exemplo. Além disso, ela sugeriu um trabalho com música e canto em corais. A Médica M3 afirmou pensar que estas intervenções não deveriam ser diárias e sim, mensais.

O Médico M4, do hospital público, disse que acreditava que poderiam ser desenvolvidas atividades em grupo, relacionadas à música e à pintura. Ele confirmou que permitiria que seus internados desenvolvessem estas atividades e acrescentou que, para isso, deveria ser criado um espaço próprio, pois o espaço disponível atualmente não era adequado.

A Internada I7 lembrou da possibilidade de o hospital público colocar um computador para o acesso dos internados à *internet* e criar uma aula para que os internados mais idosos pudessem adquirir novos aprendizados. Além de I7, sua Acompanhante A7, e a Técnica de Enfermagem T3, também disseram pensar que poderia haver um jardim ou uma área verde onde os internados pudessem tomar sol e passar um pouco do tempo, conversar, distrair.

É interessante nestes relatos a preocupação recorrente das pessoas em todos os hospitais com o banho de sol. Parece que todos sentiam falta disso durante a internação.

Para I5, as propostas de lazer dentro do hospital poderiam concretizar-se, se houvesse interesse da direção do hospital pelas questões dos internados. Já o Médico M4 afirmou que não sabia dizer se era interesse do hospital público desenvolver propostas de lazer para os internados, mas ressaltou que havia espaço e condições de desenvolver intervenções neste âmbito.

A Enfermeira E2 não sabia se era interesse da direção do hospital de ensino desenvolver intervenções de lazer, mas ressaltou que o hospital *“é um hospital aberto para isso. Tem toda a condição de montar uma coisa assim e implantar no hospital. Tem boa aceitação com novas idéias, com novos projetos [...]”*.

A Acompanhante A6 afirmou acreditar que o hospital de ensino estivesse aberto para a inserção do lazer em suas dependências, mas que isso só seria possível se houvesse o envolvimento real de alguém, no desenvolvimento desta proposta e se houvesse um espaço fora das enfermarias, disponibilizado para o desenvolvimento das vivências junto aos internados que demonstrassem interesse e que quisessem participar.

A Técnica de Enfermagem T2, disse acreditar ser possível pensar em uma proposta de lazer para a internação do hospital de ensino onde trabalhava. No entanto, afirmou que não acreditava nisso em uma escala maior, porque não havia espaço suficiente para suportar esse tipo de intervenção. T2 relatou que pensava em lazer fora da Enfermaria, pois acreditava que os internados em situação mais grave poderiam ser incomodados. A única exceção a este posicionamento se referiu aos próprios internados em estado grave, por estarem impossibilitados de deixar o leito e aos trabalhos manuais. Na visão de T2, estes internados poderiam ter o lazer dentro da Enfermaria e os trabalhos manuais poderiam ser desenvolvidos no leito, sem qualquer incômodo para as pessoas da Enfermaria. Além dessas considerações, T2 ponderou que os médicos não eram um apoio imediato para o desenvolvimento de uma proposta de lazer no âmbito hospitalar, porque, salvo raras exceções, eles constituíam uma categoria muito alienada que não pensava no que o internado precisava e sim no tratamento que eles iriam realizar.

Já a Enfermeira E4 enfatizou que, como o hospital público tinha trabalhado muito a questão da humanização, a inserção do lazer neste âmbito era uma tendência, pois o lazer dentro do hospital era a “humanização em si!”. No entanto, E4 ressaltou que isso seria possível, desde que não fosse uma ação muito onerosa.

No entanto, sua colega de trabalho, a Médica M3, disse pensar muito diferente. Para M3, era difícil o desenvolvimento do lazer no hospital público, porque não estava entre os interesses dos médicos e da Diretoria. Ela enfatizou que a percepção geral era que, *“na maioria das vezes, os profissionais de saúde, os administradores, eles não entram nesta parte de humanizar o tratamento. Eles estão preocupados em dar o tratamento. O paciente precisa disso e é isso que eu tenho que dar.”*. Além disso, M3 ressaltou que, mesmo não sendo necessário um investimento financeiro tão grande, na implantação de uma proposta de lazer, o hospital não se interessava em “gastar dinheiro com isso”, até mesmo porque era pouca a conscientização da instituição sobre a importância do lazer.

Ao contrário de E4, que pensava ser a humanização hospitalar um estimulador para o desenvolvimento do lazer no hospital, M3 enfatizou que apesar do discurso de humanização do hospital público, a preocupação com a humanização era pessoal e não

institucional, ou seja, era iniciativa particular de cada profissional, no seu trabalho baseado em sua formação, em suas experiências e personalidade. Assim, não havia relação com a “filosofia da instituição”, de modo que no hospital se dava um afastamento entre o discurso e a ação relacionados à humanização.

A Médica M3, do hospital público, disse acreditar que o lazer dentro do hospital não atrapalharia a rotina deste, se fosse bem planejado. Para ela, o período da manhã não seria adequado, pois era um momento de trabalho dos médicos e da Equipe de Enfermagem junto aos internados. Por isso, os internados deveriam ser orientados sobre os períodos em que poderiam realizar as atividades.

Quanto a esse posicionamento, a Técnica de Enfermagem T3, do hospital público, disse que pensava diferente:

Se você pega o plantão 7 horas, são 12 horas que você fica. Então quer dizer, na parte da manhã, você chega, a primeira coisa: vai medicar. Depois vai encaminhá-lo para o banho. Então quer dizer de 7 às 8 já foi uma hora. Então [...] nesse período já deu tempo dele tomar banho, tomar um solzinho, até dar 11 horas, que ele vai almoçar, é muito tempo. Nesse período eles podem fazer muita coisa. (T3)

A Acompanhante A7, do hospital público, observou que o desenvolvimento de propostas de lazer dentro do hospital

[...] depende dos recursos humanos para estar fazendo... (risos). Porque eu acho que a disposição das pessoas para estar trabalhando nesta área... Porque é uma área que você tem que estar estimulando as pessoas, você vai ter que conversar... Eu acho que tem que ser pessoas mesmo que amam e que querem fazer mesmo esse trabalho. (A7)

Baseado nos resultados da pesquisa observou-se que qualquer proposta de lazer desenvolvida em hospitais terá sempre entre seus objetivos e contribuições a facilitação do serviço médico. Neste sentido, poderá haver contribuições para ocupar o tempo das pessoas e tornar menor o sofrimento e a ansiedade do internado, bem como para diminuir gastos com remédios. Estas são ruins pelo afastamento do mundo externo e pelas limitações da autonomia do internado, que aguarda sempre que lhe digam o que fazer e a hora certa de fazê-lo, sem que assuma um envolvimento concreto ou um papel ativo neste processo.

A Acompanhante A2 até chegou a fazer o exercício de pensar como seria a intervenção dos profissionais de lazer dentro do hospital particular:

[...] eu acho que tem que ver assim, ia até ser um tipo de intervenção lá dentro, perguntado o que você gosta de fazer, você tem alguma coisa que você gostaria, ou teria que ser até assim, levando a pessoa meio que sem entender por quê, sabe? E ia partir para um lazer... (A2).

Nesse sentido, nunca é demais reforçar a importância da participação dos internados no estabelecimento de uma proposta de lazer. Segundo Januzzi e Cintra (2006), a participação dos internados nas atividades de lazer pode ser estimulada através de medidas simples, como a identificação das atividades comumente realizadas no domicílio, e das atividades que os internados gostariam de praticar. Além disso, é preciso levar em consideração que o planejamento de uma proposta de lazer pode ser voltado para outros aspectos aqui já discutidos, que vão além de somente ocupar o tempo.

Além disso, a acompanhante considerava a impossibilidade de agradar a todos do hospital particular ao mesmo tempo, sendo necessário *“trabalhar o médio, aquilo que pode tirar a pessoa da mesmice, do pensamento focado na doença e despertar a pessoa para o momento.”* (A2).

A mesma acompanhante (A2) também ressaltou, sobre o lazer dentro do hospital, que: *“quando se fala neste hospital, não é que ele tem que ter atividade o dia inteiro, ele tem que ter algum tipo de rotina diferente, de horário diferente”*. Ela ainda complementou que essa mudança na rotina poderia significar fazer uma atividade diferente a cada dia da semana e justificou: *“se tem uma intervenção para tirar desta situação uma hora do dia, um momento do dia, já esquece um pouco deste ambiente aqui, que é só na cama, ou sentado na cadeira do lado da televisão ou do lado dessa coisa do soro, sabe?”*.

A Acompanhante A2 disse também que acreditava ser cada internado, diferente, o que acarretaria escolhas diferentes relacionadas ao lazer e em diferentes estratégias de ação dos profissionais. No entanto, por mais que o ideal de lazer do internado fosse diferente, A2 entendia que ele poderia ser atraído por propostas interessantes. Ela explicou:

Só que eu acho que vai também do perfil do paciente, não tem jeito. [...] primeiro tem que ver o perfil do paciente, depois ver na condição que ele está física, o que é apropriado para ele, o que ele pode tentar... Qual o tipo de sedução que ele vai usar para poder chamar a atenção do paciente. (A2)

O lazer, na maioria das vezes, não era a prioridade no hospital particular. O depoimento de um internado sobre a sua relação com o livro revelou isso:

O livro... É na hora que sobra! Os principais momentos, que eu chamo de ociosos, eu estou mexendo com isso. Eu gostaria muito de ter um momento para a Bíblia, o momento certo, o momento da Bíblia, não é? Mas, por enquanto, eu não estou conseguindo... É na hora que dá mesmo. (I1)

Nesse sentido, é fundamental levar em consideração as características da instituição, ao se pensar o lazer no hospital, pois nunca seria possível o desenvolvimento deste tipo de intervenção neste âmbito, se não houvesse consenso com o pensamento sustentado no hospital e um trabalho em equipe organizado com base na Política Nacional de Humanização.

Estes depoimentos, colhidos na pesquisa, enfatizam uma série de barreiras para o desenvolvimento do lazer dentro do hospital. Assim, do ponto de vista de diversos voluntários, o lazer dificilmente seria implantando em hospitais, devido a aspectos econômicos, políticos, estruturais e organizacionais. Apesar de todos esses entraves, essa opinião não foi consensual. Assim, acredita-se que há possibilidades de o lazer ser desenvolvido dentro de instituições hospitalares, principalmente, se o seu potencial para a saúde dos indivíduos for explicitado claramente entre a comunidade hospitalar e entre os órgãos governamentais. O que se observa é a formação profissional em saúde pouco esclarece sobre a importância do lazer e sobre as suas contribuições para a vida das pessoas, entre elas os internados, constituindo um fator dificultador para o reconhecimento do papel do lazer neste contexto.

As características dos internados, a organização do hospital e o posicionamento dos profissionais de saúde são importantes para o planejamento do lazer dentro do hospital. Algumas delas efetivamente constituem entraves e dificultam este tipo de trabalho, tornando-o desafiador. Januzzi e Cintra (2006) listaram as características inibidoras para a participação de internados idosos nas atividades de lazer:

- 1) Fatores intrínsecos: dificuldade e impedimento para a locomoção, problemas auditivos e visuais, falta de desejo para o lazer no hospital, a dor e a doença propriamente ditas.
- 2) Fatores relacionados ao contexto institucional: restrições impostas pelo cuidado, pela área física e a disponibilidade reduzida de lazer.

Mitre e Gomes (2007) identificaram algumas dificuldades para o desenvolvimento da promoção do *brincar*, que podem ser aplicadas também para outras vivências de lazer desenvolvidas junto a internados no mesmo contexto e com diferentes faixas etárias. Segundo os autores, as dificuldades eram o pouco reconhecimento e a desvalorização do trabalho pelos profissionais do hospital, a necessidade de formação da equipe, o antagonismo entre a espontaneidade do *brincar* e o cuidado específico decorrente de certos quadros clínicos. Por outro lado, muitos dos impedimentos relacionados poderiam ser minimizados por meio de um planejamento para a ocupação do tempo livre, considerando as necessidades e expectativas desses sujeitos (JANUZZI; CINTRA, 2006).

No entanto, não parece haver ações institucionais estruturadas para a organização de atividades recreativas, que subsidiem o uso do *brincar* como uma estratégia de enfrentamento da internação. Ainda prevalecem nos hospitais os altos investimentos em ações relacionadas ao tratamento medicamentoso (MOTTA; ENUMO, 2004).

Mitre e Gomes (2004) realizaram uma pesquisa e encontraram em um dos hospitais uma proposta de utilização do *brincar* sistematizada através da “recreação terapêutica”. Essa proposta possuía objetivos definidos, atividades sistemáticas, espaço físico e orçamento, especificamente destinados a essa finalidade, vagas no organograma da instituição e profissionais concursados para essa função.

O exemplo citado demonstra que existem efetivamente possibilidades de inserção de propostas de lazer dentro do contexto hospitalar, que eram realizadas com organização e planejamento do serviço dentro da instituição, demonstrando uma legitimidade do lazer neste contexto.

Baseando-se nessa realidade, é preciso pensar se o trabalho com o lazer deve seguir a linha de trabalho dos demais profissionais dentro do hospital. Isso significaria ter uma conotação mais evidenciada de poder sobre o internado e menos de liberdade de escolha para este indivíduo, um afastamento emocional dos internados e um tratamento mais impessoal.

Essa discussão é importante, porque, no campo de estudos do lazer, acostumou-se a lidar com a idéia da livre escolha das pessoas, que vem automaticamente acompanhada da idéia de escolha consciente. No entanto, questiona-se: isto se aplica ao âmbito da internação hospitalar? O que estimula esta reflexão é o fato de que internados como I3 podem muito bem abdicar de fazer escolhas, se tiverem liberdade para isso, pois, conforme o relato de A2, fica claro que o internado I3 possui problemas relacionados ao processo da internação, do tratamento e da própria doença. Estes problemas resultam em um estado de passividade e inércia ou de resistência diante da vida, o que dificulta e muitas vezes impede a realização de escolhas do indivíduo. Mudar se torna difícil e quebrar a rotina da internação e do processo de doença para entrar em um processo de saúde, é ainda mais complicado.

Para que o lazer não seja tratado somente de forma compensatória e utilitarista, é preciso a inserção de um profissional de lazer capacitado que revele para todos que fazem parte do hospital, através de sua especificidade e profissionalismo, novas abordagens do lazer. Do contrário, as pessoas nem saberão que abordagens diferenciadas são possíveis.

No entanto, é preciso ter claro que o lazer representa um campo multidisciplinar de intervenção, necessitando da participação de diferentes profissionais de saúde na sua viabilização dentro do hospital (PIMENTEL *et al.*, 2004).

Isso significa que, por mais que o profissional de lazer seja importante neste processo, sem o envolvimento de outros profissionais não é possível torná-lo parte integrante dos serviços do hospital. Contudo, acredita-se aqui ser possível uma mudança, com o aumento

das pesquisas sobre o tema e dos projetos desenvolvidos neste âmbito. Concorde-se com Soares (2001, p.186) em sua afirmação de que:

Pensar a reconstrução do espaço hospitalar pressupõe um trabalho coletivo, em que os diferentes sujeitos sociais, presentes neste contexto, possam caminhar juntos para uma transformação. Portanto, uma proposta poderá ser a criação de projetos que considerem e envolvam profissionais das diferentes áreas que atuam no hospital, assim como os pais e as crianças.

Este capítulo evidenciou como o lazer está inserido dentro do contexto hospitalar e apresentou os entendimentos variados de lazer foram obtidos por meio das entrevistas com os voluntários da pesquisa. Permitiu compreender o papel assumido pelo lazer dentro do contexto hospitalar, pelo menos segundo a visão destes sujeitos que compõem a realidade desta instituição. Desse modo, se o lazer é predominantemente um recurso utilitarista e compensatório, fundamental para a recuperação e para o enfrentamento do processo de internação, tratamento e saúde-doença, descobriu-se que há um potencial para trabalhar com outras visões de lazer, o que foi apontado também por alguns voluntários da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada objetivou investigar o papel do lazer no contexto hospitalar, com base na realidade dos sujeitos internados. Os conhecimentos sistematizados nos quatro capítulos aqui apresentados focalizaram as questões norteadoras da pesquisa, buscando compreendê-las com o auxílio da literatura e da pesquisa de campo. Este percurso permitiu identificar, discutir e compreender aspectos importantes do tema investigado.

Esta pesquisa considerou a realidade de sujeitos internados em hospitais e assumiu, como ponto de partida, uma reflexão sobre a teoria sociológica do *funcionalismo*. Conhecer esta base teórica foi essencial para refletir sobre a pertinência da “abordagem funcionalista do lazer” em hospitais.

No decorrer do estudo, foi possível perceber que, apesar de ser amplamente difundida no campo de estudos do lazer no Brasil, esta abordagem é pouco analisada e aprofundada pelos profissionais da área. Pouco se sabe sobre o assunto, o que pode gerar uma série de equívocos e interpretações incongruentes com o *funcionalismo*.

Foi possível constatar que a “abordagem funcionalista do lazer” assume o trabalho produtivo e a manutenção do sistema vigente como referências fundamentais de análise. Dessa maneira, estes aspectos são comumente utilizados para embasar as críticas ao “lazer funcionalista”. Entretanto, a investigação realizada permite concluir que a “abordagem funcionalista do lazer” não significa um desdobramento da teoria funcionalista e, dadas as suas características principais, não é pertinente ao contexto hospitalar.

Assim, constatou-se que não há relação direta entre os termos “funcionalismo” e “funcionalista”, utilizados no campo de estudos do lazer, e a teoria do *funcionalismo* ou a teoria *funcionalista*.

A partir do que foi encontrado na pesquisa bibliográfica e de campo, como um todo, entende-se que o contexto hospitalar e, especificamente, os internados, constituem uma realidade distinta e particular. O sujeito internado em uma instituição de saúde está afastado do trabalho e das demais ocupações e tarefas cotidianas. Mesmo que existam possíveis pressões para que o seu lazer no hospital seja uma forma de compensação e alienação das condições desfavoráveis, advindas do exercício profissional ou ocupacional, ou até mesmo uma forma de reproduzir um sistema que procura manter o *status quo*, enquanto condição social negativa, esta investigação evidenciou que estes aspectos são pouco expressivos para os sujeitos internados em hospitais.

Assim, uma *abordagem funcionalista do lazer*, fundamentada na *teoria sociológica do funcionalismo*, compreende este fenômeno dentro de determinada realidade a partir das funções que o lazer assume. Essa realidade faz pensar que o funcionalismo pode ter uma importância nas pesquisas realizadas em hospitais, contribuindo para a melhor compreensão do processo saúde-doença dos internados e da inserção do lazer neste contexto.

Portanto, devido à constatação da falta de pertinência da “abordagem funcionalista de lazer”, à discussão do lazer de internados, entende-se que a “abordagem funcionalista do lazer” não possui implicações no desenvolvimento de propostas de lazer em hospitais, outro aspecto que esta pesquisa procurou compreender. Talvez a “abordagem funcionalista do lazer” dentro do hospital tenha implicações reducionistas e descontextualizadas, uma vez que não há relações com o trabalho que originaram esta terminologia e também os internados possuem necessidades distintas e particulares independentes das relações construídas no trabalho.

De acordo com o que foi anteriormente visto, pensar o lazer segundo a teoria do funcionalismo seria identificar como se dá o seu funcionamento na sociedade ou em uma instituição social. Esta análise seria realizada, não necessariamente para identificar o lazer como “bom” ou “ruim”, mas com o intuito de levar a se perceber a influência deste fenômeno em uma determinada instituição, bem como a se discutir as funções por ele desempenhadas na sociedade como um todo. Além disso, foram encontrados diversos indícios de que muitos dos autores funcionalistas, considerados acríticos e estimuladores da manutenção do sistema vigente, pela não reflexão sobre os conflitos presentes na sociedade, na verdade fizeram um movimento no sentido contrário a essas ponderações: pretenderam conhecer como ocorria o funcionamento do sistema social, para buscar intervenções mais qualificadas, adequadas e consistentes, o que não está, em princípio, destituído de um pensar crítico e criativo.

Em relação às peculiaridades da internação hospitalar identificou-se que as três instituições, mesmo sendo muito diferentes, possuem uma série de aspectos em comum. Neste sentido, identificou-se uma rotina muito bem demarcada atribuída aos internados. Em muitos casos, esta rotina é conturbada, estressante e não colabora para o processo saúde-doença dos internados. Além disso, identificou-se a existência na internação de aspectos conflituosos e de difícil enfrentamento para os internados, tais como: o afastamento da família e das pessoas próximas; a suspensão de diversos componentes da identidade do sujeito, como a presença dos objetos pessoais; a interrupção das atividades cotidianas, entre elas as de lazer; a limitação da autonomia; a artificialidade do ambiente que compromete a percepção de tempo e espaço

no decorrer da internação; as dificuldades geradas pelo barulho do ambiente e pelo “entra-e-sai” de pessoas do quarto de internação.

Assim, a rotina do hospital é impactante para os internados, o que compromete a saúde e “limita” o desenvolvimento de ações de lazer neste contexto. A pesquisa realizada revelou que, no hospital particular, isso ocorre, em geral, porque os quartos são fechados e isolados uns dos outros. O que poderia ser um recurso para preservar a privacidade dos internados acaba exacerbando o individualismo e impedindo o convívio social. Contudo, esta organização da internação permitia a preservação, tanto da situação de saúde do internado, quanto do seu corpo, o que não acontecia nos demais hospitais, onde havia uma publicização de tudo o que dizia respeito aos internados.

No hospital de ensino, por sua vez, foi possível observar uma situação oposta. As aulas ministradas dentro das enfermarias, assim como a ocupação dos espaços “livres” por internados e profissionais de saúde, promoviam uma exacerbação do coletivo. Deste modo, as pessoas não tinham privacidade na instituição. A rotina vivenciada nos hospitais também permitiu constatar aspectos interessantes para a compreensão do problema desta pesquisa: os internados ficavam mais restritos ao leito ou à Enfermaria, pois, seu deslocamento era dificultado pelo tratamento, que sempre impunha uma máquina ou soro acoplado a cada sujeito. Nos três hospitais, de um modo geral, observou-se que os internados ficavam cansados da rotina vivida, o que afetava a sua disposição não apenas para o lazer, mas, para vivenciar cada dia da rotina hospitalar.

Os internados que dividiam o espaço dos quartos da internação tinham uma boa relação de convivência, havendo poucas exceções. Tanto o hospital de ensino como o público estimulavam a interação social e o afastamento do internado do leito. Esta convivência foi considerada positiva, pois resultava na constituição de vínculos de amizade e impedia que as pessoas se sentissem sozinhas, evitando assim novos problemas de saúde, visto que uma minoria possuía acompanhantes.

A rotina hospitalar mostrou-se muito demarcada e sem possibilidades de sofrer modificações expressivas. Nos hospitais de ensino e público, esta restrição era menor, de modo que os internados dispunham de um determinado nível de liberdade de deslocamento dentro da instituição. Muitas das regras dos hospitais eram implícitas e nem sempre eram obedecidas por internados e acompanhantes. Ainda que houvesse a certeza da proibição, algumas pessoas, deliberadamente, não as respeitavam.

Em relação aos sentimentos dos internados diante da internação, identificou-se uma gama de possibilidades, dentre elas, medo, ansiedade, tranquilidade, insatisfação,

satisfação, insegurança, confiança, paciência, intolerância. Isso indica que o profissional de lazer, inserido no contexto da internação hospitalar, precisa conhecer o internado individualmente, para que a sua atuação tenha qualidade. Por isso, é fundamental o acesso ao prontuário e o desenvolvimento de outras formas que possam avaliar os gostos, as preferências, as necessidades e as limitações dos internados. Além disso, é necessário desenvolver habilidades e competências para lidar com situações conflituosas como essas.

No decorrer da pesquisa de campo, ficou claro que momentos de estresse e dificuldades de diversas naturezas, enfrentadas durante o período de internação hospitalar, poderiam ser reduzidos através de propostas de lazer adequadas a essa realidade. Afinal, o lazer no contexto hospitalar traz possíveis contribuições para repensar esses sentimentos, para o estímulo à criatividade e à reflexão.

Muitos dos internados se encontravam em uma situação grave e delicada. Era comum eles afirmarem sentir dor, tomarem remédios muito fortes, dormirem muito e apresentarem prostração enquanto acordados. Com certeza, estas características influenciavam fortemente na atitude destas pessoas para mudar a rotina e buscar novas atividades na internação. Por isso, a intervenção de um profissional de lazer é tão imprescindível neste âmbito. Ele poderia estimular as pessoas a mudar a sua atitude, a se disponibilizarem para novas vivências e a enfrentar o processo saúde-doença com outros elementos, muitas vezes ausentes do hospital, como a redescoberta de novos sentidos para a vida.

Alguns internados mais impacientes do hospital de ensino criavam formas de sair da Enfermaria, no momento em que as visitas dos alunos se intensificavam. Nesse sentido, uma proposta de lazer neste tipo de hospital precisaria levar em consideração o seu caráter de formação e as aulas nele ministradas. Evitar tirar os internados do local de internação é importante, uma vez que isso pode comprometer a organização da instituição e o aprendizado dos alunos, dificultando as práticas do hospital.

A pesquisa mostrou ser muito difícil o desenvolvimento de atividades de lazer no corredor do hospital, pois a movimentação de pessoas neste espaço era sempre muito intensa, especialmente no período da manhã. O quarto, a sala de espera, o *hall* central, ou outro espaço próprio para isso foram as opções identificadas como adequadas para abrigar possíveis propostas de lazer em hospitais.

Percebendo-se o quanto as características do espaço impactavam a vida do internado, torna-se fundamental atentar para as necessidades de mudança e de criação de outros espaços dentro do hospital. Afinal, conforme visto nos capítulos que compõem esta

dissertação, o espaço interfere diretamente na percepção da pessoa diante da vida, nas suas emoções e, portanto, na sua saúde. Além disso, se há a pretensão de que a concepção de saúde ampliada seja introduzida e concretizada dentro do hospital, é fundamental que este espaço se desvencilhe da vinculação tão forte com a doença e passe a considerar o sujeito que ali esteja passando por algum tratamento.

A relação dos internados com o tempo também foi um fator importante para a compreensão do objeto estudado. O tempo foi percebido como “lento” e “longo” para a grande maioria dos voluntários. Muitos internados não tinham uma exata noção do tempo, em decorrência da artificialidade do ambiente hospitalar, da inexistência de relógio na internação e do próprio processo de tratamento, que também interferia na percepção do tempo. Para os internados, o tédio e a ociosidade caracterizavam este tempo, ocasionando angústia e ansiedade pela impotência diante da situação. A falta de atividades dentro da internação contribuía para agravar este quadro, de modo que foi muito comum, no depoimento dos voluntários, a menção à necessidade de ocupar o tempo e de fazê-lo passar mais rápido. Obviamente, propostas de lazer desenvolvidas em hospitais podem colaborar neste sentido, mas podem também contribuir com a ressignificação do tempo e do espaço hospitalar e, neste âmbito, auxiliarem a concretizar uma visão ampliada de saúde e de lazer, nos momentos de internação.

Outro aspecto, característico das peculiaridades do contexto hospitalar, é a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os internados. De um modo geral, essa relação era boa, havendo poucas reclamações. Contudo, era difícil para os profissionais pensar o internado de forma integral e trabalhar numa perspectiva de saúde ampliada, considerando a importância do lazer neste processo. A distância entre o discurso e a ação era considerável, o que nos instiga a sistematizar alguns elementos relacionados ao lazer que contribuam com a concepção de saúde ampliada.

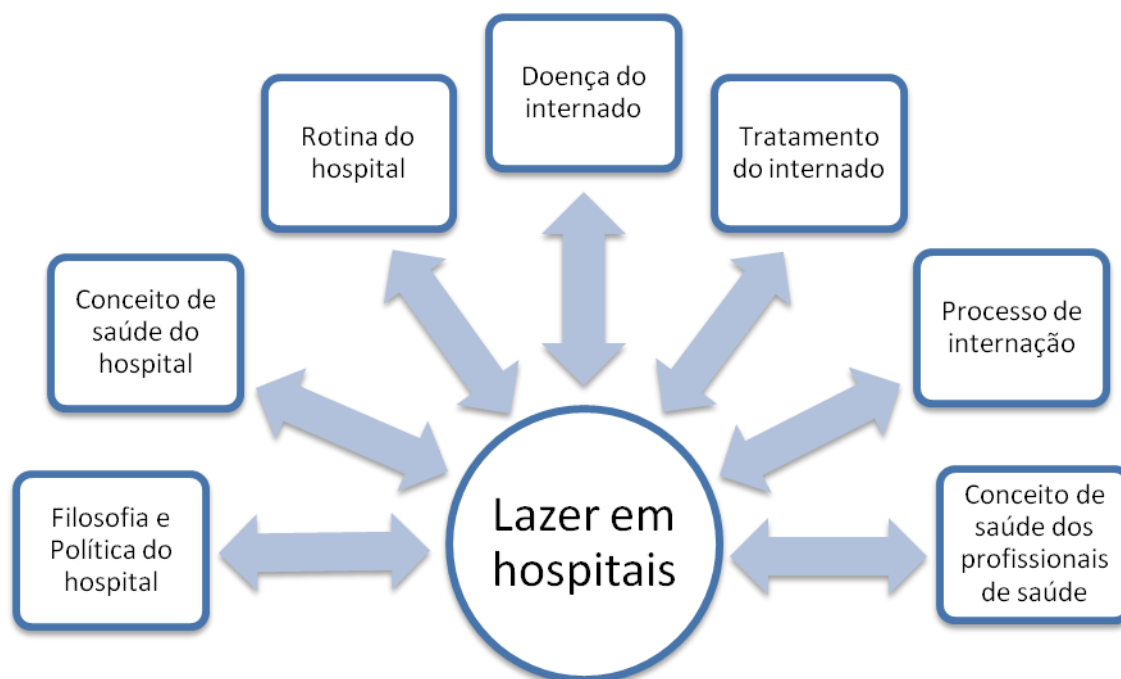
Pensando neste aspecto, esta investigação permite afirmar que o tempo de intervenção profissional junto ao internado deve ser levado em conta, para se pensar um programa de lazer. Afinal, os tempos de intervenção do médico, enfermeiro e fisioterapeuta junto ao internado são tão importantes quanto o tempo de intervenção de um profissional que atua na perspectiva do lazer. Assim, os horários das intervenções devem ser previamente tratados entre os profissionais, para que haja um bom aproveitamento do tempo junto ao internado e para que uma ação não atrapalhe a outra.

Além disso, é importante atentar para que o horário de desenvolvimento das intervenções de lazer não se choque com o horário de visitas, principalmente, quando este é

muito restrito. Também, deve-se levar em consideração que o internado pode tentar interferir nos horários em que recebe visitas, avisando de compromissos no âmbito do lazer, da mesma forma que relacionados a exames e tratamentos em geral, bem como convidar a visita para interagir com ele durante uma intervenção de lazer, caso isso seja possível.

De um modo geral, o período da tarde seria o mais propício para o desenvolvimento de vivências de lazer junto aos internados, pois, neste período, o movimento de profissionais na internação foi mínimo. Os médicos costumavam fazer suas visitas no período da manhã; as funcionárias da higienização já haviam terminado todo o serviço e o trabalho dos técnicos de enfermagem junto aos internados foi mais pontual e ligeiro à tarde, ocorrendo através de procedimentos específicos, como a conferência de dados vitais. Assim, parecia que, neste período, os internados dispunham, em maior proporção, de um tempo não totalmente voltado para as intervenções hospitalares.

Baseando-se nas particularidades das instituições hospitalares ressaltadas neste estudo, preparou-se um modelo que sintetiza os fatores que interferem na inserção do lazer neste contexto. O Modelo 1 mostra como o lazer é influenciado pela filosofia e política da instituição hospitalar, pelo conceito de saúde adotado por ela e pela rotina que envolve, como visto anteriormente na dissertação, diversos pontos de discussão. Além disso, é explicitado como a doença do internado, o tratamento utilizado e o contato com a internação hospitalar interferem no modo como os sujeitos participam do lazer. Por último, considera-se a importância do conceito de saúde dos profissionais desta área, que são sujeitos importantes do contexto hospitalar e exercem grande influência sobre as decisões neste âmbito, podendo valorizar ou não a inserção do lazer nestas instituições, de acordo com sua visão de saúde. Por outro lado, é importante destacar que o lazer também pode influenciar estes mesmos fatores no contexto hospitalar, aproximando-se e contribuindo assim com a concretização de uma visão de saúde ampliada.



Modelo 1: Fatores influenciadores do lazer em hospitais

Especificamente falando sobre as impressões a respeito do lazer, observou-se uma grande variedade de entendimentos deste fenômeno entre os voluntários. Alguns destes entendimentos se relacionavam em parte com as discussões do campo do lazer, como a idéia de prazer e satisfação, fuga da rotina, lúdico, tempo conquistado, diversão, descanso e até desenvolvimento.

A compreensão a respeito do entendimento de lazer dos internados é fundamental para se pensar uma proposta de lazer em uma instituição hospitalar, pois as pessoas-alvo do trabalho estabelecerão diferentes relações com a vivência, dependendo da forma como elas a compreendam em seu dia-a-dia.

Diversas manifestações de lazer foram identificadas no decorrer da pesquisa de campo realizada nos três hospitais. Muitas delas eram desempenhadas no próprio leito, por iniciativa própria do internado. Dentre elas, sobressaíram a televisão e as visitas. A televisão, apesar de ser a mais comum manifestação de lazer entre os internados, possui aspectos positivos e negativos. Se, por um lado, ela traz um mundo de informações para o indivíduo, por outro, isoladamente, a televisão também pode ser considerada uma vivência de lazer muito empobrecida, se o indivíduo não for capaz de questionar o seu conteúdo e refletir sobre ele. Além disso, a televisão é uma prática onde o indivíduo, muitas vezes, constrói uma idéia de realidade a partir da visão de terceiros.

No caso das visitas, estas são fundamentais para os internados, na medida em que lhes contextualizam face à realidade do mundo externo, da qual o internado está privado.

Além disso, é um momento de sociabilização, exceto em alguns casos em que o internado não se sinta à vontade com o visitante. De acordo com a pesquisa, a visita é mais valorizada quando o tratamento está de tal forma avançado que o internado não sente tanta dor e não sofre tanto.

Também foram identificados projetos desenvolvidos dentro dos hospitais de ensino e público, que tinham uma íntima relação com o lazer, apesar de esta denominação não ser utilizada pelos integrantes destes projetos. De um modo geral, o lazer identificado dentro do hospital assumia a função de distração, diversão, descanso, ocupação do tempo, diminuição do tédio e recuperação da tranquilidade.

Com base nestas peculiaridades da internação hospitalar, entende-se ser possível e fundamental a reconstrução e ressignificação do hospital, para que práticas inovadoras de saúde possam ganhar mais espaço. Concorde-se aqui com Soares (2001), quando afirma que a reconstrução do espaço hospitalar pressupõe um trabalho coletivo em que os diferentes sujeitos sociais, presentes no contexto, possam caminhar juntos para uma transformação mais humanizadora do hospital.

Para Masetti (1998), além de fazerem os internados não sentir o tempo passar, os *clowns* proporcionam a oportunidade de ressignificação do espaço e da função do hospital, transformando-o em um espaço que engloba tudo o que faz parte da vida. Neste processo, a concepção de humanização tem muito a contribuir, pois se preocupa em valorizar a presença dos acompanhantes, em modificar as regras de funcionamento de hospitais, em função dos direitos dos usuários, e em estabelecer mecanismos de prevenção ao abuso de poder (CAMPOS, 2005), além de outras questões relevantes.

A humanização está ligada à qualidade das relações desenvolvidas entre equipe de saúde e “pacientes”; ao que é comunicado nessa interação e, sobretudo, ao exercício das potencialidades dos seres humanos. Dessa forma, ela só é passível de acontecer mediante a mudança de mentalidade, dos valores e da formação dos profissionais. O aumento da procura por terapias alternativas demonstra que parte da sociedade está buscando formas mais humanizadoras de lidar com a saúde. Isso impacta profundamente a medicina tradicional, que passa por um momento de ambigüidades entre o modelo médico capitalista dos hospitais-hotel e o modelo dos hospitais públicos (MASETTI, 2003, 2005). Prova disso é a inclusão da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde em 2006 (BRASIL, 2006a).

A autora acima afirma que o crescimento do “Terceiro Setor”, no Brasil, tem interferência nos serviços prestados em hospitais. Desde 1991, muitos hospitais abriram as

portas para atividades “extracurriculares” aos diagnósticos e intervenções técnicas, sendo que a humanização se instalou como palavra que ordena ações, como música, artes plásticas, brinquedotecas, bibliotecas circulantes, contadores de histórias e recreacionistas.

Essas constatações demonstram que, apesar das dificuldades encontradas para a inserção do lazer no ambiente hospitalar, existe um movimento de reconstrução consciente, da importância da linguagem lúdica neste contexto, que vem rompendo com o paradigma deste tipo de instituição e inserindo novas possibilidades para a atuação com o lazer no contexto hospitalar. Este movimento, mesmo ainda não sendo reconhecido, é um importante passo para que haja o efetivo reconhecimento do lazer como uma questão de saúde coletiva.

Buscando apoio em Mitre e Gomes (2007), pode-se afirmar que pensar o lazer, como recurso de intervenção, requer uma formação específica, para que se possa, mediante a promoção de propostas neste âmbito, criar um espaço de desenvolvimento de vivências e mediação de situações desconhecidas, pelo uso de elementos que sejam ou não do conhecimento de cada sujeito, ampliando assim o seu leque de experiências no tempo e espaço vividos na internação hospitalar.

Pode-se notar que o lazer tem um papel potencialmente importante na manutenção e na promoção da saúde de sujeitos internados. Portanto, é fundamental a sua inserção dentro do contexto hospitalar, partindo do princípio de que a saúde não é só sinônimo de ausência de doenças.

Considerando-se a realidade hospitalar como um campo para a atuação profissional no âmbito do lazer, este não possui um único papel, porque pode contribuir de diversas formas para melhorar a condição de saúde dos sujeitos internados, acompanhantes e cuidadores. Nesta pesquisa, evidenciou-se nas observações e entrevistas a internados, acompanhantes, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, a existência de funções compensatórias e utilitaristas importantes para a condição vivenciada pelos internados.

Dentre as funções encontradas lembrem-se as contribuições do lazer para o descanso, o relaxamento, a meditação, a recuperação do desgaste emocional relacionado ao tratamento, a redução da dor e do sofrimento, do tédio; o alívio do estresse e da ansiedade e para a “ocupação” do tempo. Além disso, identificou-se também o potencial do lazer para cumprir funções de estímulo ao desenvolvimento da criatividade, capacidade de questionamento, de aprendizados como a educação das sensibilidades, de expressão dos sentimentos, de ampliação da rede de relacionamentos dentro do hospital, de possibilitar o contato com novas experiências, entre outras funções. Além disso, trabalhar com o lazer em

hospitais pode constituir uma rica oportunidade de difusão de conteúdos e práticas culturais junto aos sujeitos, bem como uma oportunidade de reflexão sobre os mesmos.

Neste sentido, o papel do lazer em muitas ocasiões dar-se-á de forma a compensar uma realidade insatisfatória para o internado, o que traz contribuições para estes sujeitos. Acredita-se que não seja possível o desenvolvimento de propostas de lazer para os internados em hospitais, desvinculadas totalmente destas funções. Contudo, acredita-se ser importante e possível o enfoque do lazer também na questão do desenvolvimento dos indivíduos que passem pela internação.

Apesar de o lazer poder aplicar-se a tantas finalidades, entende-se que a ele não se pode atribuir somente a função de distrair o internado perante o processo saúde-doença e os problemas. Pelo contrário, o lazer pode ser um fator auxiliador no enfrentamento deste processo, na medida em que tem potencialidade de permitir que o internado reorganize a sua compreensão a respeito da doença e da saúde, bem como enfrente esse processo de forma mais positiva. Assim, o lazer pode ser um fator de ressignificação do contexto hospitalar como um todo e do processo de internação.

Acredita-se que o palhaço pode ser visto como um profissional que atua no âmbito do lazer. No entanto, da mesma forma que o palhaço, outros profissionais qualificados para atuar com o lazer em outras perspectivas podem trabalhar no contexto hospitalar, trazendo suas contribuições não só para o processo de tratamento dos sujeitos, como também, e arrisca-se afirmar, principalmente, para o processo de crescimento pessoal e social destas pessoas.

Neste sentido, um dos desafios desta dissertação foi, a partir da realização de uma pesquisa bibliográfica, enriquecida com uma pesquisa de campo, contribuir para repensar aspectos importantes do campo de estudos do lazer. Espera-se que esta pesquisa sobre o lazer estimule a realização de outros estudos sobre a saúde e o contexto hospitalar. Por esta razão, finaliza-se esta dissertação sugerindo alguns temas para estudos futuros, que representam outros desafios àqueles que se interessam pela temática *lazer e saúde*.

Uma sugestão diz respeito à realização de análise funcionalista sobre o desenvolvimento de um projeto de lazer hospitalar. Esse tipo de análise não foi realizado nesta pesquisa e pode enriquecer as características do contexto hospitalar levantadas nesta dissertação, bem como aprofundar a discussão sobre os papéis assumidos pelo lazer.

Tão importante quanto estudar os internados dos hospitais é estudar os acompanhantes e os trabalhadores do hospital, uma vez que estes influenciam diretamente o tratamento dos internados. Sobre a importância de focalizar os acompanhantes, não se deve

esquecer a família do internado, que é co-participante de seu sofrimento, suportando longas estadias no hospital.

Pensar em um ambiente humanizado, sem pensar em um funcionário humanizado, não é possível. Um funcionário insatisfeito tende a não ser cordial, educado, carinhoso, nem prestativo; a gerar brigas em seu setor e a comprometer todo o seu ambiente de trabalho. Por isso, é fundamental compreender as condições de trabalho destas pessoas, considerá-las enquanto público-alvo de ações de lazer.

Do mesmo modo, pensar o lazer para os profissionais que trabalham no hospital, seja no âmbito específico da saúde, ou não, também é importante, pois colabora para melhorar a relação destas pessoas com o seu trabalho e com a sua vida, o que gera interferências na conduta destas pessoas no trabalho e na sua relação com os internados.

Acredita-se que isto só ocorrerá efetivamente, no momento em que estas pessoas forem conscientizadas do papel que as vivências de lazer assumem na vida dos indivíduos e das conseqüentes contribuições para a vida dos mesmos; o que representa outros desafios para se aprofundar conhecimentos sobre o lazer em hospitais.

REFERÊNCIAS

- ADES, César. A experiência psicológica da duração. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 54, n. 2, Oct. 2002. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252002000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16/04/2009.
- ALAMY, Susana. *Ensaio de Psicologia Hospitalar: a ausculta da alma*. 2 ed., Belo Horizonte, 2007.
- ALMEIDA, C.F.; SOARES, A.F.; HERINGER, C.; PINTO, G.P.; OLIVEIRA, M.C.; MOURA, R.C.B.; MOREIRA, R.B.; PERS, F.A.S.; WERENCK, C.L.G.; ISAYAMA, H.F.; BORGES, K.E.L.; REZENDE, R. Compromisso social da Educação Física com crianças que passam por tratamentos hospitalares: intervenções lúdicas. Seminário “O Lazer em Debate”, 2. Coletânea... Belo Horizonte: UFMG/CELAR, 2001, p.172-178.
- ALVES JUNIOR, E.D.; MELO, V.A. Introdução ao Lazer. Barueri: Manole, 2003.
- ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 10.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. V.11, n.1, jan-jul, 2002.
- BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- BELLATO, R; CARVALHO, E.C. O compartilhar espaço/tempo entre pessoas doentes hospitalizadas. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.10, n.2, mar-abr, 2002, p.151-156.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS- Documento Base. In: PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (orgs.). *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- BODGAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, Portugal: Porto editora, 1994.
- BRASIL. Lei nº 6.932. Brasília, 07 de julho de 1981. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 24/03/2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Terminologia Básica em Saúde*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. *Relatório Final*. 8, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, [S.l. : s.n.], 1987. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 21/Mai/2008.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Tecnoprint, 1988.

BRASIL. *Lei nº 8080*. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 25/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196*. Brasília, 10 de outubro de 1996. Disponível em: http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf Acesso em: 15/06/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 14/06/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº312-02. *Padronização da Nomenclatura no Censo Hospitalar*. Anexo, 2002b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 09/03/2008.

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, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Anexo I. Documento Preliminar para Discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/vigilancia/Anexo1_PNPS_AGENDA.pdf. Acesso em: 14/06/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. – Brasília : CONASS, 2007.

BURGESS, Robert G. *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeriras, Portugal: Celta editora, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.5,n.1, 2000, p. 163-177.

CAMARGO, L. O. L. . *O que é lazer*. 3ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CAMPOS, Gastão W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, mar/ago, 2005, p.398-400.

CAMPOS, Rosana O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006, 62-74.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1990.

CARVALHO, A.M.; BEGNIS, J.G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.11, n.1, 2006, p.109-117.

CARVALHO, L.M.G. A atividade lúdica no processo terapêutico. In: MARCELLINO, Nelson C. (org.). *Lúdico, educação e educação física*. 2 ed., Ijuí: Ed. Unijuí, 2003.

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

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

_____. *Lazer e Saúde*. Brasília: Sesi/DN, 2005.

CASARA, A.; GENEROSI, R. A.; SGARBI, S. A recreação terapêutica como forma de intervenção no âmbito hospitalar. *Revista Digital*. Buenos Aires, v.12, n.110, jul., 2007.

CASTRO, A.M. Durkheim. In: CASTRO, Anna Maria; DIAS, Edmundo Fernandes (orgs.). *Introdução ao pensamento sociológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1978.

CECCIM, R.B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ricardo Burg Ceccim; Paulo R. Antonacci Carvalho (organizadores). *Criança hospitalizada*. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.27-41.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.). *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves editora S.A., 1990.

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

DAVIS, Kingsley. The Myth of functional analysis as a special method in sociology and anthropology. *American Sociological Review*, v.24, nº6, dec., 1959, p.757-772.

DEBORTOLI, José Alfredo O. Linguagem: marca da presença humana no mundo. In: CARVALHO, Alysso et al. (Org.). *Desenvolvimento e aprendizagem*. Belo Horizonte: Editora UFMG/PROEX-UFMG, 2002, p.73-76.

DOUTORES DA ALEGRIA: O FILME. Direção: Mara Mourão. Produção: Mauricio Dias, Tatiana Battaglia. Interpretes: Wellington Nogueira e integrantes do Grupo Doutores da Alegria. Roteiro: Mara MOURÃO. Música: Arrigo Barnabé, Miriam Biderman, Paulo Ricardo Nunes. São Paulo: Momo Filmes e Grifa Mixer. Co-Produção: Discovery Networks Latin Americans/Iberia e Teleimage, 2005. DVD (97 min.)

DUMAZEDIER, Joffre. *Lazer e Cultura Popular*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

_____. *Sociologia empírica do lazer*. São Paulo: Perspectiva: SESC, 1999.

ELIAS, Norbert. *Sobre o tempo*. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

ESPINHA, Tatiana G. Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado. Campinas: Dissertação (mestrado), PUC- Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia 2007.

FERNANDES, Florestan. *Ensaio sobre o método de interpretação funcionalista na sociologia*. Boletim, n.170, Sociologia n.4, São Paulo, 1953.

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

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia*. São Paulo: Editorial Lemos, 1997.

FONSECA, K.C.; BARBOSA, M.A.; SILVA, D.G.; FONSECA, K.V.; SIQUEIRA, K.M.; SOUZA, M.A. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.8, n.3, 2006, p.398-403.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GALLINO, Luciano. *Dicionário de Sociologia*. São Paulo: Paulus, 2005.

GARCIAS, Livia Maria Guimarães; ISAYAMA, Hélder Ferreira. Animação cultural e educação física: reflexões sobre os significados da atuação no contexto hospitalar. Seminário “O Lazer em Debate”, 7. *Anais...* Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa “Anima”/Programa de Pós-Graduação em História Comparada, 2007.

GIDDENS, Anthony. *Capitalismo e moderna teoria social*. 4ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 1994.

_____. *Em defesa da sociologia*. Ensaios, interpretações e réplicas. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

_____. *Sociologia*. 4ª edição. Lisboa: GULBENKIAN, 2004.

_____. *Sociologia*. 4.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

GIL, Antônio Carlos. A observação. In: GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, Christianne L. Lazer – Concepções. In: GOMES, Christianne L. *Dicionário Crítico do Lazer*. Belo Horizonte, Autêntica, 2004, p.119-125.

_____. Lazer e Cidade: reflexões. In: Carlos Antônio Leite Brandão (org.). *As cidades da cidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p.171-184.

GOULART, Áurea Maria Paes Leme; MORAIS, Sílvia Pereira Gonzaga. O brincar como uma ação mediadora no trabalho desenvolvido com crianças hospitalizadas. In: Santa Marli Pires dos Santos (Org.). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. 1 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000, p.119-128.

GREGIANIN, Lauro José; PANDOLFO, Ana Cristina; ESTULLA, Cláudia; PEREIRA, Verlise D. G. Nunes; COSTA, Carla Cristina; WAHRLICH, Vivian. Atendimento interdisciplinar da criança com câncer e sua família. Ricardo Burg Ceccim; Paulo R. Antonacci Carvalho (organizadores). *Criança hospitalizada*. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.105-111.

GRESSLER, Lori Alice. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GUTIERREZ, Gustavo L. *Lazer e Prazer*. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

HOCKENBURY, D.H; HOCKENBURY, S.E. *Descobrendo a Psicologia*. SP, Barueri: Editora Manole, 2003.

HADDAD, Ana Estela ... [et al.]. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004* / Organizadores:– Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

ILLICH, Ivan. *A Expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JANNUZZI, Fernanda F.; CINTRA, Fernanda A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. v. 40, n. 2, 2006, pp. 179-187.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. - 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2007.

LALLEMENT, Michel. *História da idéias sociológicas: de Parsons aos contemporâneos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

LANÇONI, Liliane. “Recreação Hospitalar”. Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 18. *Anais...* Curitiba: Confraria dos profissionais de lazer do Paraná, 2006.

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

LIMA, I.L.R.; GARCIAS, L.M.G.; OLIVEIRA, L.M.F.; SOUZA, T.R.; ARAÚJO, M; SILVA, M.C.; SIQUEIRA, F.T.R.; NUNES, L.M.; BARBOSA, L.B.P.; MARTINS, M.C.; AMARAL, S.M.; CAMPOS, T.; GOMES, C. L.; ISAYAMA, H.F. Animação cultural no contexto hospitalar: vivências da educação física e do turismo com crianças em Clínica de Hematologia do Hospital das Clínicas da UFMG. In: SILVA, J.A.A.; SILVA, K.N.P. *Recreação, esporte e lazer – espaço, tempo e atitude*. Recife: Instituto do Tempo Livre, 2007a.

LIMA, I.L.R.; NUNES, L.M.; GARCIAS, L.M.G.; LIMA, M.R.M.; ARAÚJO, M.; MARTINS, M.C.; SILVA, M.C.; AMARAL, S.M.; CAMPOS, T.; ISAYAMA, H.F. Animação cultural no contexto hospitalar: vivências da educação física e do turismo com

crianças em Clínica de Hematologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Seminário “O Lazer em Debate”, 8. *Anais...* Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa “Anima”/Programa de Pós-Graduação em História Comparada, 2007b.

MARCELLINO, N.C. Lazer: um novo tempo. *Reflexão – Revista Quadrimestral do Instituto de Filosofia*, ano VIII, n.27, Campinas, SP: PUCCAMP, set/dez, 1983.

_____. *Lazer e Educação*. Campinas, SP: Papirus, 1987.

_____. Algumas considerações sobre a polêmica questão do lazer. *Reflexão – Revista Quadrimestral do Instituto de Filosofia*, ano XV, n.43, Campinas, SP: PUCCAMP, jan/abr, 1989.

_____. *Lazer e Humanização*. Campinas, SP: Papirus, 1995.

_____. *Estudos do Lazer: uma introdução*. Campinas. SP: Autores Associados. 1996.

_____. Lazer como fator e indicador de desenvolvimento regional. In: DACOSTA, L.P.; MÜLLER, A. (organizadores.) *Lazer e Desenvolvimento Regional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002, p.41-52.

_____. Lazer e sociedade: algumas aproximações. In: Nelson Carvalho Marcellino (org.) *Lazer e Sociedade: múltiplas relações*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008, p.11-26.

MARQUES, Cláudia L.C.; CÂMELO, Gêrda L.P.; SANTOS, Waleska P.L. O profissional de lazer no ambiente organizacional: uma pesquisa ação no hospital Giselda trigueiro. In: Maia, Lerson F. S.; OLIVEIRA, Marcus V.F.; LIMA, Dália M. M. C. (orgs.). *Políticas de lazer e suas múltiplas interfaces no cotidiano urbano*. Natal: CEFET-RN, 2007.

MASETTI, Morgana. *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 1998.

_____. *Boas Misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena, 2003.

_____. Doutores da Ética da Alegria. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.453-458, 2005.

MERTON, R.K. *Teoria y Estructura Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.

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

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004b.

MITRE, Rosa M. A.; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.1, 2004, p.147-154.

_____. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.12, n.5, 2007, p.1277-1284.

MOORE, Wilbert E. O Funcionalismo. In: BOTTOMORE, Tom; NISBET, Robert (orgs.). *História da Análise Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

MOREIRA, R.B. “Reflexões iniciais sobre o espaço hospitalar e a vivência lúdica”. Seminário “O Lazer em Debate”, 2. *Coletânea...* Belo Horizonte: UFMG/CELAR, 2001, p.188-194.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.9, n.1, 2004, p.19-28.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista*. São Paulo: Editora UNESP, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

OLIVEIRA, S.S.G.; DIAS, M.G.B.B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.16, n.1, Porto Alegre: UFRGS, 2003, p.1-13.

PADILHA, V. Lazer e consumo no espaço urbano. *Revista Corpoconsciência*. Faculdade de Educação Física de Santo André, 6, 2000, p.21-36.

_____. Urbanidade, Violência e Lazer: uma abordagem sociológica crítica. Cinergis. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde*, Santa Cruz do Sul: Editora da UNISC, V.3, n.2, jul./dez., 2002, p. 21-42.

_____. Se o trabalho é doença, o lazer é remédio? In: Ademir Müller e Lamartine Pereida DaCosta (org.). *Lazer e trabalho: um único ou múltiplos olhares?* Santa Cruz do Sul - RS: EDUNISC, 2003, p. 243-266.

PAGOTTO, Fernanda Pires; SILVA, Renata Laudares. “Recreação Hospitalar: Explorando o universo do trabalho voluntário na ACACCI – Vitória – ES”. Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 18. *Anais...* Curitiba: Confraria dos profissionais de lazer do Paraná, 2006.

PAIM, Jairnilson S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, S. F. (org.) *Saúde e Democracia*. São Paulo: Editorial Lemos, 1995.

PAIXÃO, Antônio Luiz. *A teoria geral da ação e a arte da controvérsia*. Série Textos Sociologia e Antropologia. Mestrado em Sociologia, UFMG, 1988.

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

PEREIRA JUNIOR, A.; GUERRINI, I.A. Unidade e multiplicidade do tempo: uma abordagem transdisciplinar. *Interface- comunicação, Saúde , Educação*, v.8, n.15, mar/ago, 2004, p.247-256.

PIMENTEL, G.G.A.; LIMA, A.A.; SAKAMOTO, F.Y.; AZEVEDO, L.; POSALQUE, L.P.; MAGALHÃES, T.M.; OLIVEIRA, T.R. Animação Sociocultural no Contexto Hospitalar. Seminário “O Lazer em Debate”, 5. *Anais...* Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa “Anima”, 2004, p.109-115.

PINTO, Gabriela B. Lazer e promoção da saúde: um estudo com profissionais da saúde humana. *Licere*, v.9, n.2 (dez), CELAR/EEFFTO/UFGM, 2006.

PIRES, Giovani L.; HACK, Cássia. In: Chirstianne Luce Gomes (Org). *Dicionário Crítico do Lazer*. Belo Horizonte: Autores Associados, 2004, p. 162-165.

PIRES, Giovani L.; RIBEIRO, Sérgio D. D. Televisão. In: Chirstianne Luce Gomes (Org). *Dicionário Crítico do Lazer*. Belo Horizonte: Autores Associados, 2004, p. 213-217.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. A observação. *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003.

RAYA, Luís Carlos. *Saúde*: um conceito abrangente. In: Libórni Siqueira (org.). *Saúde*: conceitos abrangentes. FRASCE: Higienópolis, RJ, 2000.

RECHIA, S. O pulsar da vida urbana: o espaço, o lugar e os detalhes do cotidiano. In: João Elois Carvalho (org.). *Lazer no espaço urbano*: transversalidade e novas tecnologias. Curitiba: Champagnant, 2006, p.91-102.

REY, M.T.B. A animação hospitalar. Americo N Peres; Marcelino S. Lopes (organizadores). *Animação Sociocultural*: Novos desafios. Lisboa: Associação Portuguesa de Animação e Pedagogia, 2007.

RIVERO, D.A.T. Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud: La revista de la Organización Panamericana de la Salud*. v.8, n.1, 2003. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm. Acesso em: 17/03/2009.

ROCHER, Guy. *Talcott Parsons e a sociologia americana*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P.B. *Metodologia de la investigación*. México: McGraw- Hill, 2003, p.63-111.

SANT’ANNA, Denise B. *Corpos de Passagem*: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHWARTZ, G.M. Homo Expressivus: as dimensões estética e lúdica e as interfaces do lazer. In: Heloísa Turini Bruhns (organizadora). *Temas sobre o lazer*. São Paulo: Autores Associados, 2000, p. 87-99.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42, 1997.

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

SIKILERO, R.H.A.S.; MOSELLI, R.; DUARTE, G.A. Recreação: uma proposta terapêutica. In: Ricardo Burg Ceccim; Paulo R. Antonacci Carvalho (organizadores). *Criança hospitalizada*. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.59-65.

SILVA, C.T. Câncer infantil e educação: a escuta da criança e da família. In: Ricardo Burg Ceccim; Paulo R. Antonacci Carvalho (organizadores). *Criança hospitalizada*. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.105-111.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

SOARES, A.F. Brincando...Sonhando...A criança que tem câncer “Des-cobre-se” para o mundo. Seminário “O Lazer em Debate”, 2. *Coletânea...* Belo Horizonte: UFMG/CELAR, 2001, p.180-187.

SUE, Roger. *El Ocio*. 1ª edição. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

TAMBELLINI, A.T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – Espressões do “Dilema Preventivista”, Então e Agora. In: AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista*. São Paulo: Editora UNESP, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

TIRYAKIAN, Edward A. Emile Durkheim. In: BOTTOMORE, Tom; NISBET, Robert (orgs.). *História da Análise Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

TORALLES-PEREIRA, M.L.; SARDENBERG, T.; MENDES, H.W.B.; OLIVEIRA, R.A. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 2004, p.1013-1022.

WERNECK, C. L. G. Lazer e mercado: panorama atual e implicações na sociedade brasileira. In: WERNECK, C. L. G.; STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. (ORGS.). *Lazer e Mercado*. – Campinas, SP: Papirus, 2001.

WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/>. Acesso em: 14/06/2006.

WHO. *Health Promotion Glossary*. Switzerland, Geneva: WHO/HPR/HEP, 1998.

ZAGO, N. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M.P.; VILELA, R.A.T. (orgs.). *Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia de educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003, p.287-309.

ZAVASCHI, M.L.; BASSOES, A.M.S.; PALMA, R.B. A criança frente à doença e à morte: Aspectos psiquiátricos. In: Ricardo Burg Ceccim; Paulo R. Antonacci Carvalho

(organizadores). *Criança hospitalizada*. Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997, p.159-169.

ZINGONI, P. Lazer como fator de desenvolvimento regional: a função social e econômica do lazer na atual realidade brasileira. In: DACOSTA, L.P.; MÜLLER, A. (organizadores.) *Lazer e Desenvolvimento Regional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002, p.53-82.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folha de Esclarecimentos para a Instituição Hospitalar

Belo Horizonte, ____ de ____ de 2008.

Prezado(a) Sr.(a) _____
Representante do Hospital _____,

O Mestrado em Lazer da Universidade Federal de Minas Gerais está realizando a pesquisa **“Lazer, saúde e atuação profissional no contexto hospitalar: Reflexões sobre a realidade de sujeitos internados”** que objetiva investigar o lazer no contexto hospitalar, na perspectiva de sujeitos internados. Este estudo é coordenado pela Professora Dra. CHRISTIANNE LUCE GOMES, contando com a participação da mestranda GABRIELA BARANOWSKI PINTO e da bolsista de IC/PET NATÁLIA DE SOUSA ARAÚJO.⁴⁷

Inicialmente, a coleta de dados será realizada através da observação do ambiente de internação em um hospital público mantido pelo SUS, um hospital particular e um hospital de ensino. Em seguida, serão realizadas entrevistas com voluntários que assinarem o termo de consentimento, ou que tiverem o assentimento de seus responsáveis, sendo eles: 3 pessoas internadas em tratamento de qualquer doença e de qualquer idade; 3 acompanhantes regulares dos internados e 3 profissionais da saúde humana diretamente envolvidos no tratamento dos internados voluntários. No caso dos internados, a entrevista será realizada no próprio leito ou em local apropriado, indicado pelo hospital mediante concordância do voluntário e da equipe de saúde responsável pelo tratamento do mesmo.

Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo e a identidade dos voluntários não será revelada publicamente em nenhuma hipótese, assim como o nome da instituição hospitalar onde a coleta ocorrerá. Somente o pesquisador responsável e a equipe envolvida neste estudo terão acesso a estas informações que serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Também, não haverá qualquer forma de remuneração financeira para os voluntários, sendo que todas as despesas relacionadas a este estudo serão de responsabilidade do Mestrado em Lazer da UFMG. A coleta de dados da pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Além disso, caso seja solicitado pela instituição hospitalar, o projeto passará pela avaliação ética de seu comitê interno. Esclarecemos que as instituições selecionadas estarão livres em qualquer fase da pesquisa para se recusarem a participar ou para retirar sua anuência, sem prejuízos adicionais para as mesmas.

Assim, para confirmar a disponibilidade do hospital para a realização do estudo em suas dependências, favor entrar em contato através do e-mail gabrielabaranowski@gmail.com, telefone (0xx31) 3409-2358/88910221 ou pelo endereço remetente desta correspondência respondendo as questões anexas a esta carta. Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, as pesquisadoras estarão à disposição através dos contatos mencionados acima. Além disso, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005 - telefone (0xx31) 3409-4592, também poderá contribuir para maiores esclarecimentos.

A disponibilidade do hospital para participar da pesquisa o incluirá na lista de onde serão selecionadas 3 instituições de acordo com alguns critérios dentre eles as informações contidas na folha anexa. Para que a coleta de dados da pesquisa possa ser desenvolvida nas dependências das instituições selecionadas, estas deverão assinar o termo de anuência que será encaminhado posteriormente pelas pesquisadoras.

Desde já, agradecemos pela compreensão,

Professora orientadora da pesquisa
Dra. Christianne Luce Gomes

Mestranda
Gabriela Baranowski Pinto

⁴⁷ Este título foi escolhido de forma provisória, tendo sido substituído ao término da dissertação pelo título atual. A aluna de graduação Natália de Souza Araujo foi voluntária e auxiliou no desenvolvimento da pesquisa.

APÊNDICE 2 – Folha Anexa a Carta de Esclarecimentos aos Hospitais

GENTILEZA RESPONDER AS QUESTÕES ABAIXO ATRAVÉS DO E-MAIL gabrielabaranowski@gmail.com, TELEFONE (0xx31) 3409-2358/88910221 OU PELO ENDEREÇO REMETENTE DESTA CORRESPONDÊNCIA:

() SIM () NÃO: HOSPITAL DE ENSINO (ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL COMO ESTÁGIOS, RESIDÊNCIA, ESPECIALIZAÇÃO)? CITE QUAIS:

() SIM () NÃO: HOSPITAL PARTICULAR (INCLUINDO CONVÊNIOS)?

() SIM () NÃO: HOSPITAL PÚBLICO (ATENDIMENTO PELO SUS)?

() SIM () NÃO: POSSUI COMITÊ DE ÉTICA PRÓPRIO PARA AVALIAR A PESQUISA?

() SIM () NÃO: EXISTÊNCIA DE PROJETO OU AÇÃO DE LAZER COMO POR EXEMPLO, DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES MANUAIS, JOGOS, MÚSICA, DANÇA, LEITURA, TEATRO, QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE DE ENTRETENIMENTO, ETC.?

() SIM () NÃO: OS INTERNADOS PODEM SER ACOMPANHADOS DURANTE A INTERNAÇÃO?

() SIM () NÃO: há restrições para este acompanhamento? Cite quais:

() SIM () NÃO: ATENDIMENTO A DIVERSAS FAIXAS ETÁRIAS?

() SIM () NÃO: ATENDIMENTO A PATOLOGIAS DIVERSIFICADAS? SE NÃO, QUAL(IS) A(S) ESPECIALIDADE(S) DA INSTITUIÇÃO?

() NÚMERO DE LEITOS DO HOSPITAL

() QUARTOS INDIVIDUAIS () QUARTOS COLETIVOS

() NÚMERO MÉDIO DE PESSOAS ATENDIDAS POR MÊS

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Voluntários

Convidamos você para participar da pesquisa “Lazer, saúde e atuação profissional no contexto hospitalar: Reflexões sobre a realidade de sujeitos internados”⁴⁸, desenvolvida pelo Mestrado em Lazer da UFMG.

O objetivo do estudo é investigar o lazer no contexto hospitalar e terá duas fases principais: observação do ambiente e entrevista com voluntários: pessoas internadas, acompanhantes dos internados e profissionais da saúde.

Esclarecemos que a pesquisa não envolve riscos para os voluntários, que não haverá remuneração financeira e nem benefícios de qualquer natureza para essa participação. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e a identidade dos voluntários não será revelada publicamente. Os voluntários estarão livres para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízos.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com as pesquisadoras pelo telefone (0xx31) 3409-2335 e pessoalmente durante a fase de observação. Além disso, também poderão ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005 - telefone (0xx31) 3409-4592.

Acreditamos que este estudo pode contribuir para desenvolver ações de promoção da saúde e humanização dentro de hospitais, por isso a sua participação é muito importante. Assim, se você entendeu a proposta da pesquisa e **concorda em ser voluntário** favor assinar no espaço abaixo, dando o seu consentimento formal.

Desde já, agradecemos pela compreensão e voluntariedade.

Mestranda Gabriela Baranowski Pinto
Professora orientadora da pesquisa Dra. Christianne Luce Gomes

Eu, _____,
voluntário, ()Acompanhante; ()Internado; ()Profissional da Saúde do hospital; ()
Responsável legal pelo internado _____ (nome
do menor); concordo com o que foi acima citado e livremente dou o meu consentimento para
a realização da coleta de dados da pesquisa intitulada “Lazer, Saúde e Atuação Profissional no
Contexto Hospitalar: reflexões sobre a realidade de sujeitos internados”, realizada no Hospital
_____, por pesquisadores do Mestrado em Lazer da UFMG.

Belo Horizonte, ____de _____de 2008.

Assinatura do voluntário

Assinatura do representante legal do voluntário menor de 18 anos

⁴⁸ Conf. Ref. 47.

APÊNDICE 4 – Roteiros das Entrevistas Semi-Estruturadas

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM INDIVÍDUOS INTERNADOS

DETALHES SOBRE A INTERNAÇÃO: motivo, tempo de internação, histórico, impressões do hospital.

ROTINA DO INTERNADO NO HOSPITAL

O INTERNADO DIANTE DA INTERNAÇÃO: pensamentos e sentimentos.

TEMPO: relógio, a rotina do hospital e a rotina do internado, a autonomia do internado, controle do tempo, os períodos do dia e o tempo no hospital, satisfação com o uso do tempo, possibilidade de utilização diferenciada do tempo.

ESPAÇO: acesso dentro do hospital, sentimentos do internados, interferência do espaço do hospital na recuperação, necessidade de mudanças.

RELAÇÃO INTERNADO- ACOMPANHANTE, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E VISITAS: o que fazem juntos, necessidades de mudança, frequência das visitas, sentimentos dos internados sobre as visitas, incômodos.

LAZER: significado, vivências.

LAZER NO HOSPITAL: atividades vivenciadas, importância, atividades possíveis, atividades que sente falta, influência do lazer na saúde.

SUGESTÕES E COMPLEMENTAÇÕES

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM ACOMPANHANTES DE INTERNADOS

O INTERNADO DIANTE DA INTERNAÇÃO: pensamentos e sentimentos.

TEMPO: relógio, a rotina do hospital e a rotina do internado, a autonomia do internado, controle do tempo, os períodos do dia e o tempo no hospital, satisfação com o uso do tempo, possibilidade de utilização diferenciada do tempo.

ESPAÇO: acesso dentro do hospital, sentimentos do internados, interferência do espaço do hospital na recuperação, necessidade de mudanças.

RELAÇÃO INTERNADO- ACOMPANHANTE, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E VISITAS: o que fazem juntos, necessidades de mudança, frequência das visitas, sentimentos dos internados sobre as visitas, incômodos.

LAZER: significado, vivências.

LAZER NO HOSPITAL: atividades vivenciadas, importância, atividades possíveis, atividades que sente falta, influência do lazer na saúde.

SUGESTÕES E COMPLEMENTAÇÕES

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RELAÇÃO INTERNADOS-PROFISSIONAIS DA SAÚDE: frequência dos encontros, papel em relação aos internados, ações dos internados.

INTERNAÇÃO: mudança na rotina, o que o internado sente falta, incômodos, pensamentos e sentimentos do internado.

TEMPO: satisfação com a utilização do tempo, interferências do hospital.

ESPAÇO: interferência na recuperação, mudanças necessárias

LAZER: significado

LAZER NO HOSPITAL: propostas de lazer em outros hospitais, importância, vivências de lazer dos internados, possibilidades para vivências de lazer, importância para a saúde.

SUGESTÕES E COMPLEMENTAÇÕES