

Turismo de saúde e lazer: importância para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde de indivíduos com doenças crônicas¹

Thamiris de Assis Pereira²
Marina Mendes Soares³
Suely Maria Rodrigues⁴
Carlos Alberto Dias⁵

Resumo

Objetivando promover uma reflexão sobre a importância do turismo de saúde e lazer na melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde de indivíduos com doenças crônicas, utilizou-se da revisão integrativa de literatura, selecionando 20 artigos relevantes do Portal Capes, Scielo, BVS-Saúde e Ministério do Turismo. Segundo os autores estas modalidades turísticas contribuem para a melhoria da saúde e qualidade de vida, sobretudo de indivíduos com doenças crônicas, favorecendo redução de gastos com terapêuticas medicamentosas e hospitalizações. Conclui-se que atividades de lazer e turismo promovem saúde e qualidade de vida, especialmente para os acometidos por doenças crônicas.

Palavras-chave: Turismo de Lazer. Turismo de Saúde. Doenças Crônicas. Qualidade de Vida

Sessão Temática: Demografia

¹ Este artigo é um recorte da pesquisa “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, apoiada pelo CNPq Processo 401288/2013-7 e do projeto “Turismo e lazer: influência sobre a saúde e qualidade de vida de hipertensos” com concessão de Bolsa pelo PIBIC/FAPEMIG apoiado pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

² Graduanda em Turismo pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

³ Mestre em Gestão Integrada do Território pela Universidade Vale do Rio Doce. Professora da Faculdade Mantense dos Vales Gerais.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Universidade Vale do Rio Doce.

⁵ Doutor em Psicologia pela Université de Picardie Jules Verne. Professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Introdução

O ato humano de deslocar-se no espaço, inspirado pela procura de alimentos (na Antiguidade), religião e até mesmo para a prática de esportes, consta nas primeiras narrativas da história. Embora esses deslocamentos no espaço, por determinado período de tempo, sejam tão remotos, o termo Turismo ou uma palavra relacionada a esta prática começa a surgir na Idade Média, período em que a nobreza, em busca de conhecimento, dentre outras razões, realizava viagens denominadas *GrandTour*. A partir de então, as viagens, em busca de conhecimento, entretenimento e/ou lazer, se tornaram cada vez mais comuns (SILVA, 2008; DIAS, 2005).

Segundo a literatura, diversas são as definições e terminologias referentes a Turismo, corroborando para a falta de uma explicação “[...] única, consensual, de turismo” (PAKMAN, 2014, P.03). Deste modo, a definição de Turismo aceita e atualmente considerada pelos envolvidos na atividade turística, é a da Organização Mundial de Turismo (OMT), segundo a qual o Turismo deve ser entendido como:

[...] um conjunto de atividades praticadas pelos indivíduos durante as suas viagens e permanência em locais situados fora do seu ambiente habitual, por um período contínuo que não ultrapasse um ano, por motivos de lazer, negócios e outros (SANCHO, 2001, p. 3).

Neste sentido, para ser considerada atividade turística seu praticante deve se deslocar do local de onde vive para outro por motivações diversas, usufruindo dos bens, atrativos e infraestruturas que se adequem as suas necessidades na destinação escolhida. Ou seja, para que o turismo aconteça, a demanda deve deslocar-se no espaço a procura do que está sendo ofertado no mercado turístico, atendendo suas necessidades e expectativas. A procura da demanda por lugares específicos promove a segmentação do turismo, possibilitando a oferta de novos tipos de atividades turísticas.

Para o Ministério do Turismo (BRASIL, 2010a, p.61) a segmentação pode ser entendida como:

[...] uma forma de organizar o turismo para fins de planejamento, gestão e mercado. Os segmentos turísticos podem ser estabelecidos a partir dos elementos de identidade da oferta e também das características e variáveis da demanda.

Deste modo, a segmentação turística viabilizou que o turismo se readequasse às novas tendências e necessidades emergentes. As viagens realizadas com objetivo de entretenimento e lazer intensificaram o Turismo de Massa, sobretudo na década de 1990 para os litorais brasileiros. Porém por questões de sustentabilidade, políticas públicas de turismo, sazonalidade e interesse da

demanda em realizar viagens com um perfil diferente, a segmentação foi ampliada no mercado dando origem a novos “perfis turísticos”. Dentre estes perfis ou segmentação de mercado, vale citar: Turismo de Base Comunitária, Ecoturismo, Turismo Religioso, Turismo Gastronômico, Turismo de Lazer, Turismo de Saúde. Tais segmentos possuem características específicas, levam em conta a capacidade de carga da destinação, as especificidades da oferta e demanda e são aceitos pelo Ministério do Turismo como segmentos do mercado turístico (BRASIL, 2010a).

Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo promover uma reflexão sobre a importância do turismo de saúde e lazer para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde de indivíduos com doenças crônicas ou não.

Turismo, lazer, recreação e saúde

Predominou por um longo período o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa. Atualmente, o entendimento de saúde tornou-se mais amplo levando em conta não apenas fatores biológicos, mas também psicossociais. É por este motivo que a Organização Mundial da Saúde define saúde como sendo “[...] um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença” (SURDI & TONELLO, 2007, p.202).

Esta nova definição aponta para a complexidade do tema, e a análise reflexiva sobre seu significado induz a ponderar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis. Assim, a evolução do conceito de saúde, a busca pela prevenção de doenças e não somente a cura das mesmas e a visão de responsabilidade para com o autocuidado, favoreceram o fortalecimento do turismo de saúde (BRASIL, 2010).

Atualmente, saúde-doença é considerada um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (ALMEIDA FILHO e ANDRADE, 2003).

O turismo de saúde evoluiu e se modificou de acordo com as atuais necessidades da demanda e também, de acordo com o próprio conceito de saúde. Apesar de se mostrar uma atividade recente, tal segmento ocorre desde a Antiguidade, onde havia o deslocamento motivado principalmente, pela cura dos males físicos.

Evidentemente, os deslocamentos em busca de saúde não eram vistos como atividades turísticas e sim, como deslocamentos para a cura de doenças, uma vez que a preocupação de autocuidado não era fundamentada pela religião e sociedade, ou até mesmo, devido à “[...] tradição da medicina ocidental, que enfatiza mais a doença e a intervenção do que a prevenção” (BRASIL, 2010, p.1).

Inicialmente o deslocamento em busca de melhoria nas condições de saúde era destinado, principalmente, às fontes de recursos hídricos naturais, cuja terapia ocorria através das fontes hidrotermais, balneários e/ou termas, por promoverem cura medicinal. O clima também era considerado atrativo, uma vez que influenciava na melhoria dos males físicos (Souza et al, 2011; BRASIL, 2007).

Segundo Paixão (2007), este tipo de turismo ou hábito de deslocar-se para cuidar da saúde já se constituía no Império Romano onde, “além de serem lugares próprios para descanso, os banhos medicinais serviam para divertimento e higiene” (PAIXÃO, 2007, p. 137). Este autor diz ainda que os banhos eram associados a lazer, e tornaram-se grandes centros de encontros: “Nas termas, não só existiam banheiros, piscinas, ginástica, farmácia, pontos de encontro, alamedas para passeio e terraços para se bronzear, como ambientes destinados aos jogos”. Deste modo, estes locais contribuía para com a diminuição ou eliminação dos problemas de saúde pública e, simultaneamente, tinham como característica o lazer, sendo considerados pela religião como ambientes promíscuos e pagãos. As críticas e restrições religiosas e o esgotamento dos recursos hídricos fizeram com que os balneários romanos fossem abandonados e transformados em ruínas (PAIXÃO, 2007). Como reação ao repúdio da Igreja, os romanos criaram cisternas subterrâneas, a respeito das quais Paixão (2007, p. 138) faz o comentário:

[...] a Cisterna de Yerebatan, próximo à Mesquita de Santa Sofia. Utilizada até o século XV, e restaurada no século XIX, sua construção tem 336 colunas de diferentes estruturas romanas e sua capacidade total de água é de 80 mil metros cúbicos. Depois de um trabalho de restauração, a cisterna foi reaberta ao público em 1987. [...] Atualmente, trata-se de um dos pontos turísticos mais frequentados da Turquia.

Apesar da alta concentração turística neste local, a Cisterna de Yerebatan está, atualmente, mais relacionada com o turismo patrimonial, cultural, do que do turismo de saúde. Isto se deve ao fato de que a visita se dá por conta do atrativo em si e não de sua função terapêutica, medicinal e de lazer.

O turismo de saúde no Brasil, com empreendimentos em cassinos, hotéis de luxo e estâncias termas, não se distanciou das características intrínsecas dos balneários do Império Romano. Tais empreendimentos eram taxados percentualmente e o dinheiro das taxas era revertido em soluções para os problemas de saúde pública da época. As águas com propriedades hidrominerais

e hidrotermais atraíam pessoas de diversos lugares do país, acarretando na exploração de seus recursos. A aviação comercial brasileira tornou-se também, parte fundamental para o desenvolvimento do turismo de saúde no século XX, uma vez que facilitava o acesso turístico nos destinos de turismo de saúde do País (BRASIL, 2010).

Os 'anos dourados' do turismo brasileiro surgiram a partir de 1920, com os cassinos incorporados aos hotéis de luxo e às estâncias termais, hidrominerais ou climáticas, aproveitando os recursos naturais, de forma a produzir efeitos terapêuticos [...] (PAIXÃO, 2007, p.134).

De forma similar ao ocorrido no Império Romano, os empreendimentos de "banhos e jogos" não se mantiveram por muito tempo. Pressões de grupos religiosos, políticas governamentais e avanços medicinais, fizeram com que os balneários brasileiros, localizados principalmente nas regiões do Rio de Janeiro, Minas gerais, São Paulo e Santa Catarina passassem a serem vistos como ambientes hostis e desnecessários para o convívio social, lazer e tratamento de doenças (PAIXÃO, 2007; BRASIL, 2010).

Neste contexto, percebe-se que as características que permearam inicialmente o turismo de saúde, basearam-se em um conceito de saúde não preventivo, onde apenas a cura era vista como importante e, também, de como a utilização dos recursos hídricos e climáticos nos grandes balneários e termas se apropriavam do lazer. Neste primeiro momento, pode-se afirmar que o turismo de saúde era uma prática específica para a cura dos males físicos acompanhada de formas de entretenimento.

Com os avanços medicinais e da indústria farmacêutica, a busca por tratamentos de saúde assumiu um caráter peculiar e bem diferente de sua característica inicial, enfraquecendo o turismo de saúde ligado ao termalismo⁶, diante dos grandes centros urbanos e instalações médico-hospitalares (BRASIL, 2010). Deste modo, os processos que levaram ao enfraquecimento das atividades de 'banhos e jogos', contribuíram para que o turismo de saúde se restabelecesse:

[...] ao mesmo tempo em que o progresso, a urbanização, a expansão dos meios de transporte e a evolução da medicina e da indústria farmacêutica foram fatores que contribuíram para o declínio do Turismo de Saúde em estâncias hidrominerais no Século XX, estes colaboraram com a expansão de um outro tipo de Turismo de Saúde no Século XXI, o médico-hospitalar (BRASIL, 2010, p. 15).

Apesar da ruptura com o termalismo, a nova vertente do turismo de saúde, que abrange as características de cura e também prevenção, traz consigo as propriedades dos recursos hidroterápicos, uma vez que busca na medicina

⁶ Emprego das águas minerais, do clima e dos demais recursos naturais, cuja função seja terapêutica (PAIXÃO, 2007).

complementar elementos que agreguem valor as formas de tratamentos e prevenção de saúde. Neste sentido, a partir da evolução histórica do turismo de saúde, o Ministério do Turismo em 2006, considerou que o segmento “[...] constitui-se das atividades turísticas decorrentes da utilização de meios e serviços para fins médicos, terapêuticos e estéticos”, não excluindo nenhuma das vertentes do turismo de saúde, seja ele relacionado às fontes hidroterápicas; termalismo; balneários, etc., assim como o turismo médico-hospitalar (BRASIL, 2010, p. 15).

Deste modo, o turismo de saúde para acontecer, necessita dos elementos básicos do que se refere ao processo de atividade turística, incluindo a oferta dos serviços turísticos, infraestrutura adequada e atrativos turísticos para acolhimento da demanda esperada, assim como a o deslocamento deve ocorrer motivado por: promoção da saúde; manutenção da mesma; prevenção e cura de doenças; e para fins médicos, terapêuticos e estéticos (BRASIL, 2010).

Para melhor entender as similaridades e diferenças entre ambas as vertentes do Turismo de Saúde (turismo de bem-estar e turismo médico-hospitalar) é necessário esclarecê-las abordando seus conceitos.

O turismo de bem-estar está mais bem relacionado com a fase inicial do turismo de saúde, utilizando-se dos recursos naturais para promoção e manutenção da saúde, como ressalta BRASIL (2010, p. 18):

[...] atividades turísticas motivadas pela busca da promoção e manutenção da saúde realizada por meio de tratamentos acompanhados por equipes de profissionais de saúde especializados, que visam à diminuição dos níveis de estresse, além da aprendizagem e manutenção de uma vida saudável e equilibrada e até mesmo a prevenção de determinadas doenças.

O deslocamento em busca do turismo de bem-estar pode acontecer nos ambientes hospitalares, porém é mais comum e frequente que ele aconteça em *spas*, termas e *resorts*, considerando que o turista que viaja motivado a realizar tal segmento está em busca de tratamentos estéticos, entretenimento e lazer. Porém, não se deve analisar o turismo de bem-estar enfatizando somente a procura por tratamentos estéticos, mas sim, salientar que o mesmo promove e mantém a saúde, assim como fornece a prevenção e cura de doenças. Em outros termos, a preocupação dos indivíduos não ocorre apenas em relação aos aspectos físicos, mas sobretudo, aos aspectos psicossociais de forma integrada e sistêmica.

Tendo os centros hospitalares, cirúrgicos ou que se encontrem adequadamente infraestruturados como partes fundamentais para os diversos tratamentos

medicinais, o turismo médico-hospitalar é motivado, geralmente, pela realização de:

[...] tratamentos e exames diagnósticos por meio do acompanhamento de recursos humanos especializados e integrados em estruturas próprias, tendo como objetivo tanto a cura ou a amenização dos efeitos causados por diferentes patologias, como fins estéticos e terapêuticos (BRASIL, 2010, p. 19).

O turismo médico-hospitalar não necessita somente de espaços adequados, mas também do acompanhamento clínico pela equipe de saúde e das demais ferramentas que possam integrar o processo terapêutico. Neste sentido, a interação entre paciente e serviço de saúde é determinante do sucesso terapêutico.

Cabe salientar ainda que geralmente os turistas que se deslocam em busca de tratamentos de saúde, viajam com acompanhante (cerca de 80%), que também usufruirão dos meios de hospedagens; centros de alimentação; meios de transporte e participarão de atividades de entretenimento e lazer, contribuindo para com o fortalecimento da atividade turística. A demanda pertencente ao turismo de saúde é também paciente, isto é:

[...] a pessoa que se desloca para realizar um tratamento de saúde deve ser tratada pela área médica como um paciente, mas para fins de planejamento e estruturação de destinos turísticos, essa deve ser considerada, sem prejuízo ao tratamento, um turista (BRASIL, 2010, p. 20).

Contudo, o Turismo de saúde não se propõe apenas a ser um segmento “crenoterápico⁷”, enfatizando o turismo de bem-estar, mas sim em propor aos acometidos por doenças, sejam elas crônicas ou não, a possibilidade da adesão a uma terapêutica adequada, fornecendo os recursos e serviços turísticos existentes nas destinações turísticas, necessários para promoção e manutenção da saúde e da prevenção e cura de doenças (PAIXÃO, 2007).

Conforme relatado na literatura, o lazer⁸ e recreação vêm se tornando alvos de estudo de diversas áreas do conhecimento. Na atividade turística ambos são imprescindíveis, pois a partir do momento em que se entende que suas práticas são algo comum entre os povos e fazem parte da cultura dos mesmos, não se pode deixá-los de lado como característica endógena do Turismo. A recreação pode ser entendida como atividade à parte ou como complemento do lazer.

⁷ Método terapêutico que faz uso do termalismo ou dos recursos naturais como um todo, para a cura e prevenção de doenças. Tornar-se terapêutico (PAIXÃO, 2007).

⁸ “O termo lazer vem do latim *licere* que significa “ser permitido”, ou seja, poder executar livremente tarefas não obrigatórias (MARTINS JUNIOR, 2011, p. 65)”.

(SOUZA, 2010; SANTOS & SOUZA, 2012; BRASIL, 2011; MARTINS JÚNIOR, 2005).

No Brasil, as atividades de turismo, lazer e recreação, foram reforçadas na Era Vargas (1930-1945), quando a reestruturação das Leis Trabalhistas se adequou a uma jornada de trabalho menor e também a um período de férias, possibilitando mais tempo livre para que os indivíduos pudessem desfrutar de entretenimento. Os incentivos culturais como teatros e programas de rádios, instalações ferroviárias, metalúrgicas e demais avanços que iam ali se instalando, contribuíram significativamente para o desenvolvimento da atividade turística de lazer no Brasil, em meados do século XX.

Para Dumazedier (1973, p. 34), o lazer constitui-se em um:

Conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se ou entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das ocupações profissionais, familiares e sociais.

Neste sentido, compreende-se que o lazer é uma opção alheia às responsabilidades diárias, ou seja, podendo tornar-se uma válvula de escape dos problemas acarretados pelo ambiente de trabalho, do convívio social e familiar. Deste modo, o sujeito acometido pelos males físicos e mentais, ao se ausentar das relações de trabalho e do estresse causado pelas obrigações e compromissos, está corroborando para com o bem-estar físico e melhoria de sua qualidade de vida através das atividades de lazer e recreação. Entretanto, cabe salientar que apesar de o lazer acontecer no tempo livre, nos momentos de ócio, não se deve considerá-lo como promotor de possíveis rupturas entre os aspectos sociais, relações de trabalho e lazer.

A manutenção da saúde pela prática das atividades de lazer pode ocorrer através das atividades turísticas, por um encontro entre amigos, exercícios físicos, jogos e brincadeiras lúdicas, participação em movimentos sociais, dentre outros. Isto é, a relação entre ambas pode ou não se relacionar com o meio turístico, porém, a junção dos três elementos, dos aspectos, diferenças e similaridades que os três conceitos possuem, reflete na melhoria da qualidade de vida daqueles acometidos por doenças crônicas ou não.

A preocupação biopsicossocial da sociedade contemporânea em manter e promover a saúde, prevenir e remediar, mantendo o bem-estar físico e mental, transformou o lazer em característica intrínseca não só para o turismo, como também uma característica essencial para a saúde, traduzindo concepções de um estilo de vida saudável.

Nesta via de raciocínio, a indagação que norteou a realização do presente estudo, foi: Até que ponto pode-se considerar o turismo de saúde, lazer e recreação como fator importante para a melhoria da qualidade de vida e elevação do interesse de sujeitos com doenças crônicas em cuidar da própria saúde?

MÉTODO

Para o alcance do objetivo, foi utilizado o método de revisão integrativa de literatura, definida como “[...] um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática” (SOUZA, SILVA & CARVALHO, 2010, p.102). Para a realização da revisão integrativa de literatura, o revisor deve seguir um processo de determinação do objetivo do estudo, formular questionamentos que norteiam o mesmo, buscar, identificar e coletar o máximo de pesquisas que sejam relevantes para o tema escolhido (SOARES et al, 2012).

Para o levantamento bibliográfico deste estudo, realizado no primeiro semestre de 2016, fez-se uma busca online nas bases de dados Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Electronic Library On line), BVS Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde) e Ministério do Turismo. A escolha por essas bases de dados deve-se ao fato de englobarem publicações nacionais e internacionais e abrangerem uma coleção selecionada de periódicos científicos com qualis.

No levantamento dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores contextualizados ao tema em estudo: (Turismo [or] Lazer [or] Viagens) [and] (Saúde [or] Doenças Crônicas [or] Hipertensão [or] Qualidade de Vida [or] Bem estar [or] Tratamento de Saúde). Os artigos deveriam estar disponíveis nas bases de dados indicadas e voltados ao objeto de estudo, terem sido publicados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015, nos idiomas português e espanhol, apresentando resumos e textos na íntegra, sendo escolhidos os de maior relevância para o tema. Após leitura dos artigos selecionados, as informações foram coletadas e digitadas em um banco de dados de acordo com as seguintes variáveis: autores/ano, tema, resumo, objetivos, metodologia, resultados encontrados e conclusão/considerações finais do estudo. Todos os registros foram armazenados em um arquivo específico do programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Foram identificadas no Portal CAPES 996 referências. Após uma primeira análise baseada nos critérios de inclusão, leitura dos resumos disponíveis e avaliação sobre o questionamento elaborado, foram selecionados 04 artigos. No SciELO foram identificadas 308 referências e, seguindo-se os mesmos critérios, foram considerados 11 artigos. No BVS Saúde foram identificadas 115 referências,

sendo considerado 01 artigo. No portal do Ministério do Turismo foram identificadas 51 referências sendo selecionados 04 artigos. Ressalta-se que 223 foram encontrados nas bases de dados CAPES e SciELO, sendo estes considerados apenas uma vez no cômputo dos textos incluídos no estudo. Desta forma, 20 artigos fizeram parte da presente revisão.

Quanto ao delineamento do estudo, 07 (35%) eram do tipo transversal, 02 (10%) eram pesquisa de campo e 11 (55%) do tipo prospectivo. Dentre eles, 20 (100%) estavam estruturados na língua portuguesa. Em relação ao ano de publicação, 6 (30%) foram publicados em 2015 – 2013 – 2012 – 2009 – 2008 – 2006 - representando 1 (5%) para cada ano respectivamente; 4 (20%) em 2014 – 2007 representando 2 (10%) para cada ano respectivamente; 6 (30%) em 2011 – 2005 representando 3 (15%) para cada ano respectivamente; e 4 (20%) para o ano de 2010. Todos foram publicados no Brasil. Estes dados estão sintetizados na tabela 1.

Tabela 1 – Identificação dos estudos selecionados para revisão integrativa

AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	METODOLOGIA
Santos <i>et al</i>	2015	Brasil	Estudo transversal
Pakman	2014	Brasil	Estudo descritivo, análise documental
Brasil	2014	Brasil	Estudo descritivo, exploratório
Rocha <i>et al</i>	2013	Brasil	Estudo transversal
Santos & Souza	2012	Brasil	Revisão de literatura
Brasil	2011	Brasil	Estudo descritivo, exploratório
D'Osil <i>et al</i>	2011	Brasil	Estudo de coorte epidioso
Souza <i>et al</i>	2011	Brasil	Pesquisa de campo
Brasil	2010a	Brasil	Estudo descritivo, exploratório
Souza	2010	Brasil	Revisão de literatura
Brasil	2010	Brasil	Estudo descritivo, exploratório
Pitanga & Lessa	2010	Brasil	Estudo transversal
Santos <i>et al</i>	2009	Brasil	Estudo transversal
Silva	2008	Brasil	Revisão de literatura
Surdi & Tonello	2007	Brasil	Revisão de literatura
Paixão	2007	Brasil	Revisão de literatura
Silva <i>et al</i>	2006	Brasil	Estudo transversal
Martins Júnior	2005	Brasil	Bibliografia documental, pesquisa de campo
Pitanga & Lessa	2005	Brasil	Estudo transversal
Alves <i>et al</i>	2005	Brasil	Estudo transversal

DISCUSSÃO

Considerando a relação entre turismo, saúde, lazer e recreação em prol de melhorias da saúde e qualidade de vida, em especial, para os acometidos por doenças crônicas como a hipertensão, foi identificado na maioria dos estudos, que as atividades físicas em tempo livre e atividades de lazer, são elementos fundamentais no processo de melhoria da saúde e qualidade de vida. Este mesmo efeito é causado também pelas interações sociais diversas e relações

sociais que envolvem processos de aprendizagem formal ou informal (D'ORSIL *et al* 2011).

Em um estudo de coorte transversal, cujo objetivo era verificar se existe associação entre atividade física no tempo livre (AFTL) e pressão arterial sistólica (PAS)/diastólica (PAD) elevadas em adultos na cidade de Salvador Bahia, Pintanga e Lessa (2010) consideraram como atividade física qualquer movimento corporal realizado em atividades domésticas, de lazer e deslocamentos, considerando-a como a "[...] participação em práticas corporais nos momentos de lazer" (PITANGA & LESSA, 2010, p.481). Neste mesmo estudo, os autores afirmaram ainda que "o aumento da Atividade Física (AF) reduz os níveis pressóricos, aumenta o HDL⁹ e reduz a incidência de diabetes" (Pitanga e Lessa, 2010, p. 481). Tais achados corroboram para com a relação existente entre o lazer e melhoria da qualidade de vida.

Alves *et al* (2005) em seus estudos de corte transversal, com objetivo de verificar em adultos jovens a frequência de atividade física de lazer (AFL) e determinar se a prática de esportes durante a adolescência influenciou esta atividade, demonstraram que tais práticas não contribuem beneficemente somente em indivíduos com doenças crônicas, mas também influenciam no controle da ansiedade, depressão, além de proporcionarem bem-estar físico e mental e o melhor convívio social do indivíduo.

Já Rocha *et al* (2013, p.191) disseram que a inatividade de lazer ou a prática insuficiente do mesmo, "[...] está associado à hipertensão arterial e diabetes, ao aumento do número de internações hospitalares". Corroborando com tal afirmativa, Santos *et al* (2015, p.01) preconizam que a ausência da ATF é um fator de risco por estar "[...] relacionada a aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, dentre as quais podemos citar a hipertensão arterial". Pitanga e Lessa (2005, p.870) salientaram ainda, que o "sedentarismo no lazer pode ser identificado como a não participação em atividades físicas nos momentos de lazer [...]".

Silva *et al* (2006) observaram que os idosos, por se encontrarem em um maior nível de dependência do acompanhamento familiar e/ou da equipe de saúde, tendem a encontrar dificuldades no acesso às práticas de ATF e lazer. Apontaram ainda que o baixo nível socioeconômico atua como fator inibidor para a adesão das atividades de turismo, lazer e recreação. Este fato acentua o isolamento do idoso nas relações sociais gerando maior suscetibilidade às crises depressivas e de ansiedade. Neste sentido Marcelino (1995, p.55 apud SOUZA *et al*, 2010, p.05) menciona que "classe, o nível de instrução, a faixa etária, e o sexo, entre outros fatores, limitam o verdadeiro lazer a uma minoria da população".

⁹ HDL (*High Density Lipoproteins*) significa lipoproteínas de alta densidade, popularmente conhecido como "bom colesterol".

Em se tratando do turismo de bem estar e do turismo de saúde como um todo, das relações dos recursos hídricos e do clima para fins terapêuticos, Souza et al (2011) consideraram que o clima pode influenciar nas condições clínicas de saúde do indivíduo positiva ou negativamente, alertando que “[...] mudanças de estações e especialmente no começo do inverno, as doenças circulatórias e respiratórias são mais assíduas e perigosas nos idosos e nos pacientes portadores de doenças cardíacas como: pressão alta [...]” (SOUZA et al, 2011, p. 09). Os mesmos evidenciaram em seus estudos descritivo, exploratório, com pesquisa de campo realizado na cidade de Areia-PB, que:

[...] os parâmetros climáticos [...] exerceram uma determinação natural na incidência de casos de hipertensão arterial, visto que os dias de maior número de crises hipertensivas estiveram relacionados com os dias chuvosos e frios, sobretudo naqueles em que houve variação térmica brusca (Souza et al, 2011, p.18).

Apesar de considerarem uma interdependência entre clima e elevação e/ou diminuição da Pressão Arterial, os mesmos apontam para a escassez de estudos que corroborem para com tal afirmação. Os demais autores também alertaram para a escassez de estudos relacionando ao lazer, recreação com a melhoria da saúde e qualidade de vida. Neste sentido, com a realização deste e observado o reduzido número de trabalhos que contribuem para com este tema, sugere-se que sejam intensificadas pesquisas sobre este, considerando a importância deste para o bem-estar de grande parte da população, sobretudo daquela suscetível de acometimento por doenças crônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de turismo, lazer e recreação mostraram-se importantes e fundamentais no processo de melhoria da saúde em indivíduos acometidos por doenças crônicas. A prática constante destas diminui fatores de riscos e a incidência de diversas doenças, elevando o bem-estar e a qualidade de vida.

A manutenção destas atividades é imprescindível para a saúde, pois estimulam o desenvolvimento cognitivo, e incentivam as relações sociais ao longo da vida. Tais práticas promovem uma redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, diminuição dos níveis de estresse e do isolamento social, além de promover melhorias na capacidade funcional. Neste sentido vale citar Santos, Foroni e Chaves (2009, p.55) ao fazerem a seguinte asserção:

É importante destacar que incentivar e proporcionar atividades de recreação e lazer constitui-se em estratégia efetiva para a redução do isolamento, da melhoria da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhoria da autoestima e da condição de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ALVES, João Guilherme Bezerra; MONTENEGRO, Fernanda Maria Ulisses; OLIVEIRA, Fernando Antonio e ALVES, Roseane Victor. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev Bras Med Esporte**. vol. 11, nº 5, set-out, 2005.

BRASIL, Ministério do Turismo. Programa de Regionalização do Turismo – **Roteiros do Brasil: Módulo Operacional 8 – Promoção e Apoio à Comercialização**. Brasília: Ministério do Turismo, 2007.

BRASIL, Ministério do Turismo. **Segmentação do turismo e o mercado**. Ministério do Turismo, Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Departamento de Estruturação, Articulação e Ordenamento Turístico, Coordenação Geral de Segmentação. Brasília: Ministério do Turismo, 2010a.

BRASIL. **Importância da recreação e do lazer** / Débora Alice Machado da Silva [et al.]. Brasília: Gráfica e Editora Ideal, 2011.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Dados e Fatos**: termos iniciados com a letra C. Disponível em: <http://opencms.itlab.com.br/dadosefatos/espaco_academico/glossario/detalhe/C.html> Acesso em: 20/03/2016.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Turismo de Saúde: orientações básicas**. Ministério do Turismo, Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Departamento de Estruturação, Articulação e Ordenamento Turístico, Coordenação-Geral de Segmentação. Brasília: Ministério do Turismo, 2010.

DIAS, Reinaldo. **Introdução ao turismo**. São Paulo: Atlas, 2005.

D'Orsil, Eleonora; XAVIERLL, André Junqueira & RAMOSIII, Luiz Roberto. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev Saúde Pública**. Florianópolis, vol. 45, nº 4, p. 685-92, 2011.

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

MARTINS JÚNIOR, Onildo de Souza. **Turismo e lazer para a terceira idade. Monografia**. Universidade de Brasília. Brasília, DF, junho, 2005.

PAIXÃO, Dario Luiz Dias. Thermae et Lud US: O início do turismo de saúde no Brasil e no mundo. **Turismo em Análise**. v. 18, n. 2, p. 133-147, nov. 2007.

PAKMAN, Elbio Troccoli. Sobre as definições de turismo da OMT: uma contribuição à História do Pensamento Turístico. **XI Seminário da Associação**

Nacional Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo. Universidade do Estado do Ceará. 24 a 26 de set. de 2014.

PITANGA, Francisco José Gondim & LESSA, Ines. Associação entre Atividade Física no Tempo Livre e Pressão Arterial em Adultos. **Arq Bras Cardiol.** vol. 95, nº 4, p. 480-485, 2010.

PITANGA, Francisco José Gondim & LESSA, Ines. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro. vol. 21, nº 3, p. 870-877, mai-jun, 2005.

ROCHA, Saulo Vasconcelos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de; ARAÚJO, Tânia Maria de; SANTOS, Loiamara Barreto; RODRIGUES, Wisla Keile Medeiros. Fatores associados á atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev Bras Med Esporte,** vol. 19, nº 3, mai-jun, 2013.

SANCHO, Amparo. **Introdução ao turismo: Organização Mundial do Turismo.** São Paulo: Roca, 2001.

SANTOS, Patricia L. dos; FORONI, Priscila M. & CHAVES, Maria Cláudia F.. **Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento.** Medicina, Ribeirão Preto. vol. 42, nº 1, p. 54-60, 2009.

SANTOS, Rodrigo Amado dos & SOUZA, Norma de Sitta. Turismo, lazer e recreação: um olhar denso sobre acepções, significados e características deste segmento. **Revista científica eletônica de turismo.** 2012.

SANTOS, Thuanne da Silva; PEDREIRA, Rhaine Borges Santos; ROCHA, Saulo Vasconcelos; VASCONCELOS, Lélia Renata Carneiro & SANTOS, Clarice Alves dos. Inatividade física no tempo livre entre os idosos de um município brasileiro com baixo IDH: estudo Monidi. **Anais CIEH.** vol. 2, nº. 1, 2015.

SILVA, Maria Josefina da; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAÚJO, Maria Fátima Maciel & MORAES, Gerídice Lorna Andrade de. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm.** vol. 19, nº 2, p. 201-206, 2006.

SOARES, Marina Mendes; LEÃO E SILVA, Leonardo Oliveira; DIAS, Carlos Alberto; RODRIGUES, Suely Maria & MACHADO, Carla Jorge. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** vol. 17, nº 1, p. 144-50, jan-mar, 2012.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA Michelly Dias da & CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** vol. 8, nº 1, 102-6, 2010.

SOUZA, Tatiana Roberta de. **Lazer e Turismo: Reflexões Sobre Suas Interfaces.** Universidade de Caxias do Sul. Mestrado em Turismo. Semintur. 10 jul. 2010.

SOUZA, Valdir Cesarino de; SOUZA, Enio Pereira de Souza & SILVA, Sandra Sereide Ferreira da. Hipertensão arterial: uma visão sazonal da estratégia de

saúde da família no município de Area – Paraíba. **Rev. Saúde Públ.** Florianópolis, v. 4, n. 1, jul-dez, 2011.

SURDI, Aguinaldo César & TONELLO, Josimar. Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Visão Global.** Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 201-228, jul-dez, 2007.