

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
DISCIPLINA: SOCIOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE  
PROFESSOR: NILSON MORAES**

**RESUMO DOS TEXTOS SOBRE HUMANIZAÇÃO E ÉTICA**

**Camila Marques Miranda Santana  
Carolina Braga  
Maithe Cardoso de Araújo  
Marcela Giarola Botelho  
Mariana Marino**

**Rio de Janeiro  
2º semestre / 2005**

## ANÁLISE DO DISCURSO OFICIAL SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Suely F. Deslandes

O termo humanização tem sido bastante empregado no contexto atual de saúde, apesar de ainda sem definição clara, designa uma assistência de qualidade que valorize não só a parte técnica e estrutural mas também a relação no atendimento ao paciente, norteando uma nova práxis. Alguns programas como a Maternidade Segura e o Método Canguru apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) já seguem tal princípio.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) regulamentado pelo MS em 2000 se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, através da melhora das relações entre profissionais e usuários, hospital e comunidade e dos serviços prestados, adquirindo atualmente uma perspectiva transversal como política de assistência.

A discussão tenta sanar a demanda por uma democratização das relações que envolvem o atendimento, a necessidade de maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e de reconhecimento das expectativas dos profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A metodologia empregada foi a análise de textos e seus conteúdos, além de fontes primárias oficiais do MS com uma interpretação crítica no contexto científico e proposição de alguns possíveis caminhos a serem seguidos, com a complementação e aprofundamento do tema por pessoas engajadas nessa nova tendência, trazendo mais possibilidades de discussão, visões filosóficas e propostas epistêmicas e estratégicas, pelas análises realizadas por Ricardo Ayres, Cecília Minayo, Cristina Boareto e Rosana Onocko.

A base para a elaboração da problemática é a insatisfação dos usuários quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde que seria precário, desrespeitoso e violento, fatores até mais valorizados do que a falta de médico, estrutura ou medicamentos. Dividiu-se então em três eixos discursivos:

Primeiro – diz respeito à humanização como oposição à violência física e psicológica expressada nos maus-tratos, impondo aos pacientes o isolamento, a despersonalização e submissão de seus corpos a procedimentos e decisões que sequer compreendem. O modelo proposto agora é centrado na comunicação, numa nova cultura de atendimento.

Segundo – deve-se alcançar uma articulação de avanços tecnológicos com bons relacionamentos, melhorando a qualidade dos serviços prestados, sendo que o investimento no fator humano é considerado o mais estratégico para o PNHAH, chamada tecnologia leve, unindo objetividade com subjetividade.

Terceiro – melhorar as condições de trabalho do assistente com infra-estrutura e equipamentos adequados, não retirando a responsabilidade de investimentos estruturais ao invés de apenas se basear na boa relação.

Conceito chave de humanização pelo MS é respeitar o outro como ser singular e digno, conhecer o outro, por meio do diálogo, pois o ser humano é essencialmente um ser de linguagem tanto verbal quanto não verbal, um ser de relações, sendo assim o desrespeito ao estatuto ético da palavra propicia condições de arbitrariedade e violência.

Baseando-se na hermenêutica Gadamer acredita que a linguagem possibilita a análise dos significados, humanizar seria então garantir à palavra a sua dignidade ética e a necessidade de ser reconhecida pelo outro, sem comunicação não há humanização. A objetividade científica utilitarista e positivista característica da prática médica por busca de informação ocasiona uma oposição entre ciência-tecnologia e dignidade ética da palavra.

Somente o modelo motivado pela solidariedade realizado pelo encontro intersubjetivo e mediado pela palavra é capaz de promover a humanização, superando a neutralidade do modelo da medicina científica e a exteriorização em face ao objeto de estudo – a doença e não mais o doente, considerando que tal processo só se concluirá com uma alteração da cultura organizacional, uma mudança estrutural do atendimento já que humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência.

### EUTANASIA: PELAS VEREDAS DA MORTE E DA AUTONOMIA

Rodrigo Siqueira-Batista  
Fermin Ronald Schramm

A morte está longe de ser um assunto ou um tema de fácil abordagem e manejo, sobretudo nos dias atuais. A repulsa ao tema parece ter como um dos seus princípios o sentimento de angústia e desamparo diante da idéia de *finitude* e do *incognoscível*. A proposta do texto é delinear o alcance e os limites do conceito de morte, na medida em que este é pretendido como esteio precípuo ao debate bioético sobre a eutanásia.

Segundo Neukamp (1937), a abreviação do momento da morte pode ocorrer de distintas formas, em relação ao ato em si, de acordo com uma distinção já clássica ao saber:

1) *Eutanásia Ativa*, ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal).

2) *Eutanásia Passiva*, quando a morte ocorre por omissão de se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivência (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial)

3) *Eutanásia duplo efeito*, quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando o êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito).

Outras maneiras de classificarem as várias modalidades de eutanásia levam em conta não só as consequências do ato, mas também o consentimento do paciente.

1) *Eutanásia voluntária*, a qual atende uma vontade expressa do doente, o que seria um sinônimo do suicídio assistido.

2) *Eutanásia involuntária*, que ocorre se o ato é realizado contra a vontade do enfermo, ou seja, sinônimo de “homicídio”.

3) *Eutanásia não voluntária*, quando a morte é levada a cabo sem que se conheça a vontade do paciente.

Os tipos de mortes nas quais com mais frequência ocorre a possibilidade de eutanásia são mortes clínica, biológica, óbvia, encefálica, cerebral, jurídica e psíquica.

Todas as matrizes, presentemente trabalhadas, permitem uma composição na qual o conceito de morte; em sua vertente científica; e o conceito autonomia; em sua vertente filosófica; apesar de utilizados como fulcros para o debate ético sobre o fim da vida, albergam dificuldades intrínsecas difíceis de se contornar. Este panorama convida a reflexão, com vista à busca de novos modelos para a discussão de um aspecto tão inerente à vida, a morte, o último ato no palco da existência. Nessa interseção criativa consubstancia-se a bioética; forma de ética aplicada que se preocupa, essencialmente, com as possibilidades de compor análise e práxis na tentativa de resolver, da maneira mais imparcial possível, os conflitos e as controvérsias que surgem nas inter-relações humanas; a qual se vê instada a se debruçar e se reddebruçar sobre os possíveis resultados das tentativas de soluções razoáveis, referentes às questões existenciais, de ser-para-a-morte-e-para-a-vida, almejando que sejam respeitadas as múltiplas interfaces da vivência humana “a beira de uma eternidade” que pode corresponder, muito bem, a aniquilação e a perdição para sempre.

## **FATORES PROTETORES DE ADOLESCENTES CONTRA O USO DE DROGAS COM ÊNFASE NA RELIGIOSIDADE**

Zila Van der Meer Sanchez  
Lúcio Garcia de Oliveira  
Solange Aparecida Nappo

Muitos estudos retratam fatores de risco ao uso de drogas, mas poucos falam sobre os fatores de proteção, fundamentais para a prevenção. Considerando o baixo nível socioeconômico um fator potencial de risco, o estudo selecionou jovens dessa categoria com o objetivo de identificar os fatores de proteção mais relevantes.

A metodologia foi qualitativa de amostra intencional de casos ricos em informações sobre o tema, selecionada por critérios, privilegiando a capacidade de refletir a totalidade de população semelhante, visto que tais dados não podem ser generalizados a outras. 62 adolescentes usuários (U – uso abusivo) e não-usuários (NU- nunca tiveram contato com ilícitas, cigarro menos de 5 vezes na vida e álcool esporádico) entre 16 e 24 anos, de ambos os sexos e de classe social baixa, definida pelo local e tipo de moradia e por estudarem em escolas públicas, foram submetidos a entrevistas semi-estruturadas direcionadas por questionários, buscando a percepção do entrevistado a respeito do tema, incluindo também dados sociodemográficos. Utilizou-se como primeiro passo para obtenção da amostra informantes-chaves, como profissionais da saúde ligados ao assunto, religiosos, ex-traficante, usuária e moradora de favela e moradora que nunca tenha experimentado. Os investigados foram recrutados pela técnica em cadeia (12 diferentes), respeitando os critérios de inclusão na amostra, de aleatoriedade e do voluntariado. Após a coleta foi realizada a análise dos dados com identificação por código alfanumérico, leituras flutuantes, procedimentos exploratórios, formulação de hipóteses, agrupamento do material, a seguir os resultados foram tratados através de frequências relativas e absolutas, inferências e interpretações.

O tráfico nas favelas e arredores colabora para o surgimento de condições favoráveis ao uso de drogas, promovendo uma maior oferta de consumo e um ambiente permissivo. A própria adolescência é considerada como fator de risco pois se tem que nesse período é onde aparecem as maiores chances para o início do quadro, que segundo a OMS seria entre os 10 e 19 anos, já no Brasil estaria entre os 10 e 12 anos o

primeiro contato com a droga. Um estudo anterior em 10 capitais brasileiras com participação de mais de 15 mil estudantes de 1º a 2º Grau concluiu que 25% já usaram alguma droga psicotrópica pelo menos uma vez, enquanto que 75% nunca o fizeram, despertando curiosidade para o porquê do não uso. A religiosidade sempre foi vista como um elemento na recuperação e no tratamento de viciados, acreditando-se que quanto mais religioso o indivíduo menor seria seu interesse pelo consumo. Tais fatos serviram de base para a pesquisa e auxiliaram na sua execução.

Dentre os 62 entrevistados, 32 nunca experimentaram drogas e 30 fizeram uso abusivo, a maioria era de solteiros e morava com a família. Com relação à escolaridade o grupo NU apresentou uma taxa de abandono dos estudos de 35,3%, já no grupo U foi de 70%, não tendo a maioria completado o 2º grau e alegam falta de interesse, provocado pelo consumo de droga que prejudica a concentração, o aprendizado, além de diminuir a disposição física. Já no primeiro grupo a evasão ocorreu em decorrência da prioridade ao trabalho, às tarefas domésticas e às dificuldades financeiras. Os empregos conseguidos por parte dos usuários em sua maioria não dispõem de vínculo empregatício, e mesmo que nos não-usuários também não, estes o fazem sem vínculo com drogas, visando uma complementação da renda famílias enquanto aqueles vão em busca de sustentar seu vício, muitas vezes arrumando bicos no próprio tráfico, focando sua energia em recursos na aquisição e consumo de drogas, afastando-se do compromisso com atividades escolares e trabalho.

Os fatores de proteção citados foram semelhantes em ambos os grupos até mesmo em sua ordem de importância. A família, considerada como união de pessoas, apareceu com maior frequência por sua importância na estruturação do ser, fornecendo apoio, carinho e proteção. 78,1% do NU e 70% do U a mencionaram como base fundamental de educação e parâmetro de controle das atitudes e companhias dos filhos, impondo regras e amparando diante de toda e qualquer dificuldade e que quando mal-estruturada e negligente propicia a marginalização do jovem. A informação como coleção de conhecimentos acerca das consequências negativas do consumo abusivo tendo como fonte a mídia, a escola, a religião e a família, vem com o intuito de instruir e direcionar os adolescentes, sendo sua disponibilidade o terceiro fator protetor mais importante para 59,4% e 46,7% de não-usuários e usuários respectivamente. No primeiro grupo essa informação adveio da observação pessoal de acontecimentos indignos decorrentes das drogas, justificando o desinteresse por ela, no segundo há a crença em que seus relatos gerariam medo nas demais pessoas afastando-as do consumo, 50% fez essa associação com o medo favorecendo este como fator preventivo baseado no amedrontamento, contradizendo a designação deste como modelo ultrapassado, os outros 50% acham que a informação constrói uma personalidade impregnada de princípios morais, como através da pregação religiosa citada como fonte entre 32% dos NU e 21,4% dos U.

A religiosidade, foco do estudo, caracterizada pela prática e crença nos fundamentos propostos por uma religião estimularia a espiritualidade, uma percepção de mundo baseada no bem-estar, no crescimento no significado do que realmente valeria a pena, foi o segundo fator de proteção mais citado (75% NU e 50% U) no caso de não-usuários como fator preventivo primário já para usuários seria fator secundário ou terciário. Auxilia na construção da personalidade com valores morais, respeito e preservação da vida, gera a crença em um ser Superior que promoveria sempre o bem-estar e seria fonte de forças para o cuidado físico e mental, papel que para os dependentes é exercido pela droga. 96,9% dos não-usuários acreditam em alguma religião e 81% desses a praticam por vontade própria para alcançar realização espiritual, resolver problemas e participar de atividades em grupo, os que não praticam já o fizeram e deixaram-na por falta de tempo ou discordância com aspectos dogmáticos. 33,3% dos usuários acreditam e apenas 13,3% destes praticam-na a procura de estímulos que lhes proporcionassem o desinteresse e conseqüente abandono da dependência, dos não praticantes alguns nunca estiveram envolvidos outros largaram por desinteresse, descrença, preguiça e falta de adaptação. A religião católica foi a mais citada, porém a menos praticada, estando a evangélica/protestante como citada e a mais praticada. A inter-relação religiosidade-família bastante comentada gerou o interesse de se averiguar tal ligação, verificou-se então que a maioria dos familiares de ambos os grupos tem uma religião, já sua prática ficou com a maioria dos parentes de quem não usa drogas, 73,3% contra 33,3% e traria uma influência a ser seguida na estruturação e na educação que afastaria os jovens de comportamentos de risco.

A perspectiva no futuro pelo estabelecimento de uma meta a ser seguida e a devoção na sua busca como meio de bem-estar e realização estaria intimamente ligada ao despertar da espiritualidade e o afastamento do indivíduo das drogas para não desviá-lo com suas possíveis decorrências do objetivo de ter um futuro melhor do que a realidade que os rodeia. Dentre os usuários fica clara a despreocupação com o futuro anteriormente a entrada no mundo das drogas, que passa a ser valorizado apenas depois quando vêem colegas buscarem e conseguirem algo de bom para o futuro.

Em razão do estudo pode-se concluir que o consumo e a dependência de substâncias ilícitas podem ser evitados, mesmo em ambientes que os favoreçam, por meio dos fatores de proteção trabalhados aqui, que despertariam a espiritualidade não verificada pelos usuários e estando a religião dentre eles e permeando os demais novas pesquisas e propostas são necessárias para que ela possa ser empregada em modelos de prevenção.

## PESQUISA SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO NO BRASIL: GRUPOS E LINHAS DE PESQUISA

Shirley Donizete Prado  
Jane Dutra Sayd

O texto trata da importância da ‘descoberta da velhice’ no Brasil, ou seja, o espaço que os idosos estão adquirindo cada vez mais nas instituições de ensino e pesquisa, nos serviços de saúde e até mesmo num mercado de consumo específico. Nas últimas décadas, o Brasil vem experimentado importante desenvolvimento acadêmico; a ampliação dos programas de pós-graduação e a elevação na titulação do corpo docente das universidades têm trazido crescimento no número de grupos de pesquisa e na produção de conhecimento.

A metodologia empregada foi a de utilização de artigos, bancos de dados nacionais como o Diretório do grupo de pesquisa do CNPq.

Foram encontrados 144 grupos de pesquisa que tem pelo menos uma linha de pesquisa que se refere ao envelhecimento humano. Isto significa que há, nesse conjunto, grupos que se dedicam especificamente ao tema “Envelhecimento Humano” (43 casos denominados então como *específicos*), além de grupos que estão voltados para outras áreas de interesse e que também mantêm produção de conhecimento relativa ao envelhecimento humano (101 casos, definidos então como *não específicos*). Aos 144 grupos de pesquisas correspondem 610 linhas de pesquisas. Para os 43 Grupos *específicos* há 92 linhas de pesquisas e para os *não específicos* são 117 linhas, ou seja, são portanto 209 linhas de pesquisas descritas como ativas na geração de conhecimento relativo ao envelhecimento humano no Brasil. No total da base de dados do Diretório, a grande área predominante do conhecimento que integra o maior número de grupos de pesquisa corresponde a de Ciências da Saúde, seguida com muita proximidade das Engenharias (inclusive Ciências da Computação) e das Ciências Exatas e da Terra; depois vem as Ciências Biológicas e Ciências Humanas com valores semelhantes; e, descrevendo de forma mais acentuada em número de grupos, as Ciências Sociais Aplicadas a Linguística, Letras e Artes. Também foi determinado o padrão de concentração da produção científica brasileira, no qual a região Sudeste conta com 59,7% dos grupos de pesquisa do envelhecimento humano, a região Sul com 21,5%, a região Nordeste com 13,9%, a região Centro-Oeste com 4,9% e a região Norte não há registro de grupos de pesquisas. E por último foi feito um levantamento das instituições de ensino superior que mantêm grupos de pesquisa que desenvolvem pelo menos uma linha de pesquisa relativa ao envelhecimento. Foram constatadas 47 instituições, entre elas a Universidade de São Paulo (USP), a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); que apareceram como líderes, indicadas pelo número de grupos ativos que mantêm. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) apresentam peso relativamente importante no conjunto.

### A RELAÇÃO ASSIMÉTRICA MÉDICO-PACIENTE: REPENSANDO O VÍNCULO TERAPÊUTICO

Andréa Caprara  
Josiane Rodrigues

O desenvolvimento da Ciência contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente. As novas e mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente.

Enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida e não se verificava o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos.

Hoje, a temática sobre a relação médico-paciente encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica buscando proporcionar uma melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Apesar dos sucessos da medicina moderna, os custos da saúde continuam aumentando. Entre os fatores determinantes desta situação, apresenta-se a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e da população que em geral é considerado um elemento fundamental deste processo.

A qualidade dos serviços de saúde depende de 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40 a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários. Os médicos e pacientes, mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes. Além dos aspectos culturais temos de enfatizar que eles não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído.

Diferentes estudiosos expressam a necessidade de um processo de humanização da medicina, em particular da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento da doença. Esta proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico.

Pesquisas internacionais demonstram dados estatísticos surpreendentes: 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas, 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais não são considerados, em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema.

Seguindo esses dados, realizou-se uma pesquisa sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família no Estado de Ceará, mostrando os principais problemas no contexto da atenção primária no Brasil.

Primeiramente, os aspectos organizacionais, como a alta rotatividade dos médicos, a falta de estruturas físicas adequadas e os problemas na organização dos serviços, afetam a relação, bem como os fatores culturais e sociais. Como enfatizado pela literatura, o espaço terapêutico teria de facilitar a comunicação, mantendo a privacidade e evitando interrupções, sendo esse espaço o mais confortável possível. Pelo que se refere à comunicação entre médicos e pacientes, os médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema e não verificam o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e sobre as indicações terapêuticas. Em relação aos aspectos psicossociais, na maioria das consultas os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes. A diversidade cultural é uma realidade com a qual os médicos de Saúde da Família precisam administrar em sua prática. É uma aprendizagem indispensável para uma intervenção médica eficiente.

A maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, sendo estas queixas os efeitos de uma má relação.

Dessa forma, observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Os médicos necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. Cabe a eles o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença. Com essa abordagem, poderia-se diminuir a assimetria da relação.

## **A PROMOÇÃO DO BRINCAR NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL COMO AÇÃO DE SAÚDE**

Rosa Maria de Araújo Mitre  
Romeu Gomes

A hospitalização na infância pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática. Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Para dar conta de elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. Dessa forma, o brincar surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, pois produz outra realidade entre o mundo real e o mundo imaginário. A criança transpõe as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço.

Muitos estudos vêm apontando para a importância da presença da atividade lúdica durante o período de adoecimento e internação hospitalar de crianças. Nesse sentido, o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, através dele, a criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive. No Brasil, algumas dessas iniciativas já vêm ocorrendo. Em virtude disso, fez-se um estudo sobre a organização da produção do brincar e o significado do brincar no espaço da internação infantil.

Para a organização do brincar, várias propostas foram elaboradas. Uma delas foi a utilização do brincar através de um serviço específico de "recreação terapêutica", onde existiam profissionais, espaço físico e orçamento especificamente destinados a essa finalidade. A rotina do serviço incluía visita dos profissionais nos leitos e atendimentos dentro das salas de recreação. A atividade lúdica acontecia de forma livre, no sentido de as crianças escolherem de que queriam brincar, sem necessariamente existir um profissional todo tempo a seu lado. Também eram propostas atividades, tanto individuais quanto em grupo, com a participação dos acompanhantes e por vezes dos familiares. Outra proposta foi projetar um local que funcionasse bem mais do que um depósito de brinquedos, ele teria a função de servir como espaço de segurança e domínio para a criança internada, onde ela não poderia sofrer procedimentos invasivos e dolorosos e escolher o que quer fazer.

Além disso, o brincar era utilizado não apenas como um instrumento de se chegar à criança, alguns profissionais realizavam seus atendimentos procurando adequar suas técnicas com a atividade lúdica. Na busca dessa adequação, perceberam que o brincar poderia ser utilizado como uma linguagem de domínio da criança, permitindo sua maior participação no processo de tratamento.

Para o significado do brincar no espaço da internação infantil, vários foram os sentidos encontrados. O primeiro, é o do lúdico como algo prazeroso à criança, que traz alegria e também resgata a sua condição de “ser criança”. O brincar funciona como espaço de socialização e interação com outras crianças. Permite a criação de nova rede social e a possibilidade de sair do isolamento que a internação provoca. Num segundo sentido, o brincar é um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes. O lúdico é percebido como instrumento para garantir a própria adesão ao tratamento, um veículo de comunicação no sentido de levar a informação, relativa ao adoecimento e tratamento, numa linguagem acessível à criança e sua família. O terceiro sentido confere ao brincar o significado de um espaço mais democrático, onde ocorre a valorização das experiências individuais e a possibilidade de escolhas. A criança pode dizer não para o brinquedo, ela pode optar por este ou aquele brinquedo. Num quarto sentido, a utilização do brincar é vista como uma possibilidade de elaboração de experiências relativas à hospitalização, permitindo a redução da angústia e a reorganização e sentimentos. É um instrumento capaz de tranquilizar as crianças, fazendo com que elas percam o medo do hospital, promovendo o próprio equilíbrio psicossomático, regulando tensões e estresse, tendo uma ação direta no sistema imunológico.

A partir dessa interpretação, a promoção do brincar pode ser uma ferramenta significativa para que se lidem com questões tais como: a integralidade da atenção; a adesão ao tratamento; o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissional de saúde-acompanhante e a manutenção dos direitos da criança.