

CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR AO DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS HOSPITALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Contributions of the Multidisciplinary team to the Development of Babies Hospitalized in the Intensive Care Unit

Andrea Bruscato¹

RESUMO

Este texto apresenta algumas reflexões acerca dos desafios de ser bebê, crescer e se desenvolver em uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI Ped). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que abarca informações e dados já publicados, possibilitando a interlocução entre diversos fatores: biológicos, ambientais, sociais, vínculos afetivos e atenção à saúde. Os estudos demonstraram que os bebês, através das relações afetivas e motoras, atuaram sobre o meio e desenvolveram a inteligência. Daí a importância das experiências sociais e ambientais, a partir da mediação/interação entre bebês, adultos e objetos. O trabalho conclui que a equipe multidisciplinar tem muito a contribuir no desenvolvimento da criança hospitalizada, utilizando-se do brinquedo enquanto recurso de aprendizagem.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil, Equipe multidisciplinar, Hospitalização, Pediatria, UTI.

ABSTRACT

This text presents some reflections on the challenges of being a baby, growing and developing in a pediatric intensive care unit (ICU Ped). This is a bibliographical research that encompasses information and data already published, allowing the dialogue between several factors: biological, environmental, social, affective bonds and health care. Studies have shown that babies, through affective and motor relationships, act on the environment and develop intelligence. Hence the importance of social and environmental experiences, based on mediation/interaction between babies, adults and objects. The work also highlights that the multidisciplinary team has a lot to contribute to the development of hospitalized children, using toys as a learning resource.

Keywords: Child development, Multidisciplinary team, Hospitalization, Pediatrics, ICU.

1. INTRODUÇÃO

A doença crônica na infância, caracterizada pela necessidade de tratamentos prolongados e impacto na capacidade funcional da criança, apresenta uma prevalência bastante elevada com implicações ao desenvolvimento infantil (CASTRO; PICCININI, 2002). No caso da doença orgânica crônica (fibrose cística, cardiopatias congênitas, insuficiência renal crônica, cirrose hepática, câncer, hemofilia, aids), estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 5% nos países ocidentais (GARRALDA, 1994). Embora o tratamento médico tenha evoluído e as taxas de sobrevivência tenham aumentado de forma significativa, muitas crianças passam por grandes períodos de hospitalização e agravamento de sua condição física (GARRALDA, 1994). Tal situação exige da

¹ Doutora em Educação, UFRGS, bruscato@unifesp.br.

criança uma adaptação àquele meio, aos sintomas associados à doença (como dor, febre, ansia, vômitos, apatia), às constantes avaliações médicas (exames rotineiros, coleta de sangue, monitoramento cardíaco etc.) e ao tratamento em si, que podem impactar de forma negativa ao funcionamento físico e mental. Segundo Castro e Piccinini (2002, p. 628), “embora a possibilidade de atrasos no desenvolvimento da criança seja relativa, a autonomia e a independência em atividades podem ser modificadas pela doença crônica”. A internação da criança no período de aprendizagem do caminhar, portanto, pode atrasar o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, restringir a autonomia que a mobilidade lhe daria.

Embora alguns estudos apontados por Castro e Piccinini (2002) sugiram que a doença influencia o modo da criança agir sobre ela, não existem muitas pesquisas que esclareçam sobre como ela entende, organiza e experiencia a enfermidade. Diante da situação envolvendo bebês com doenças crônicas, internados em ambiente hospitalar, são fatores de preocupação as repercussões cognitivas, sociais, emocionais e motoras que possam acometer. Torna-se necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta aos aspectos que ultrapassam o tratamento da doença, pois sem uma visão abrangente sobre a sua evolução e sobre as relações da criança com as figuras significativas que a cercam, o desenvolvimento infantil poderá ficar comprometido.

Desta forma, este trabalho busca, através da pesquisa bibliográfica, refletir sobre os desafios de ser bebê e se desenvolver em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI Ped). Para tanto, se propõe a: 1) apresentar as características da faixa etária de zero a dois anos; 2) destacar a importância de recursos lúdicos para fins de desenvolvimento de bebês, internados na UTI Ped através das ações/interações promovidas pela equipe multidisciplinar.

2. METODOLOGIA

Muitos pesquisadores, ao longo de décadas, vêm investigando sobre o desenvolvimento de bebês, como Falk (2004), Goldschmied e Jackson (2006), Richter e Barbosa (2010), Tardos e Szanto-Feder (2011) e Pikler (2018), evidenciando a importância da fase entre zero e dois anos de idade. Na linha de pesquisa sobre o brinquedo como recurso terapêutico, destacam-se os estudos de Ribeiro (1998), Mello (1999), Oliveira (2007), Leite e Shimo (2007), entre outros. Assim, chega-se ao cerne dessa pesquisa: O que os autores falam sobre crianças de zero a dois anos em UTI Ped? Como

oportunizar aos bebês que vivem em UTI Ped que se desenvolvam de maneira lúdica, dada as limitações de espaço, mobilidade, materiais e contato físico?

O trabalho, de abordagem qualitativa, compõe-se de pesquisa bibliográfica. Esta possibilita o abarcamento de diversas informações e dados já publicados, auxiliando na construção ou definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo (GIL, 1994). A pesquisa bibliográfica é um procedimento bastante utilizado nos trabalhos de caráter exploratório-descritivo (MYNAIO, 1994). Trata-se de um estudo sobre a produção do conhecimento que envolve o assunto e a análise crítica do mesmo (QUIROGA, 1991).

Para sua efetivação, utilizou-se o Banco de Teses e Dissertações da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), e a BIREME (Biblioteca Regional de Medicina, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Além desses, buscaram-se publicações na *web* com os seguintes descritores: desenvolvimento de bebês, bebês em hospitais, brinquedo no hospital, lúdico no hospital.

O uso de uma metodologia qualitativa respaldada em fundamentos teóricos, coletados a partir da revisão bibliográfica de autores relacionados às áreas de pesquisa em Educação e Saúde possibilitou uma interlocução entre diversos fatores: biológicos (neurociências), condições ambientais (UTI Ped), relações sociais (bebê x equipe multidisciplinar), vínculos afetivos, estímulos e atenção à saúde. São essas relações que garantirão o desenvolvimento da criança hospitalizada, visto que a aprendizagem acontece mediante as interações do bebê com o outro/objeto/ambiente (LIMA, 2007).

De acordo com Lima e Miotto (2007, p. 41), “no caso da pesquisa bibliográfica, a leitura apresenta-se como a principal técnica, pois é através dela que se pode identificar as informações e os dados contidos no material selecionado”. Desta forma, após a incursão em bibliotecas e banco de dados, foi realizada uma leitura seletiva das obras relacionadas ao tema, destacando as informações pertinentes. Na sequência, as leituras críticas tiveram como finalidade ordenar e sumarizar as informações contidas nas obras. Por fim, na etapa da leitura interpretativa (SALVADOR, 1986), relacionaram-se as ideias dos autores com o propósito da pesquisa, através de um exercício de associação, comparação e transferência de situações. A pesquisa bibliográfica foi utilizada para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, associada ao posicionamento crítico sobre o tema pesquisado.

A seguir, serão apresentados os marcos teóricos deste trabalho.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O cérebro humano é constituído por bilhões de conexões entre neurônios, que controlam os movimentos (conscientes e inconscientes) do corpo. Tudo o que o ser humano faz, pensa ou sente é fruto do processamento cerebral, que acontece através das conexões (sinapses) entre os neurônios. Diversos estudos (KLAUS; KLAUS, 1989; WILHEIM, 1992; SOUZA-DIAS, 1996) apontam que essas conexões começam muitos antes do nascimento.

Segundo Pantano (2009), o cérebro do bebê desenvolve-se em resposta aos componentes ambientais e genéticos (que sustentam as bases biológicas para o desenvolvimento). Ao receber e processar estímulos, ele reforça as sinapses já estabelecidas, assim como favorece a formação de novas sinapses. Tão logo o bebê nasce e começa a interagir com o meio, as conexões entre as células nervosas que compõem as redes neurais se estabelecem e se tornam mais complexas (GUERRA, 2011). Essa plasticidade cerebral é que possibilitará ao sistema nervoso se adaptar a cada novo estímulo, constituindo a base biológica da aprendizagem.

Piaget demonstrou em seus estudos (1959; 1982; 1993), que todo o ser humano tem potencialidade para aprender. O bebê, ao nascer, age por reflexos: suga após o toque nos lábios (sucção reflexa) e realiza o movimento de rotação da cabeça ao ser tocado em um dos lados da face (reflexo de busca). A partir dos reflexos primitivos, ele aprende a coordenar as informações do sentido e organizar suas atividades em relação ao ambiente, delineando as sustentações epistemológicas da aprendizagem.

Durante os primeiros anos de vida, o bebê percebe o ambiente a sua volta e age sobre ele, coordenando diferentes sensações advindas dos sentidos (olfato, audição, tato, paladar, visão) e de comportamentos motores simples. Chupar o dedo, ouvir uma canção, observar um móvel, lamber um objeto são pequenas interações que contribuem ao desenvolvimento da criança, possibilitando-lhe aprender sobre o mundo por meio dos sentidos e manipulação de objetos.

Além das atividades sensoriais, o bebê também aprende através da função motora, seja pelo manuseio de objetos (que envolve as mãos e os dedos), como por movimentos de deslocamento do próprio corpo, que correspondem a “movimentos articulares, de preponderância postural, que se

manifestam na série de posturas de endireitamento da cabeça, do tronco e dos membros e, que durante o segundo ano de vida das crianças, conduzem à posição de ficar em pé e ao caminhar” (TRAN-THONG, 2018, p. 11 *apud* SZALONTAI, 2018, p. 18-19).

Para que ele tenha condições de experimentar todas essas possibilidades de movimentos, são necessários, não somente um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, mas também condições físicas e de saúde que lhe permitam interagir, explorar e vivenciar a descoberta do meio e do próprio corpo.

O bebê que, em seu lugar habitual, tem a oportunidade de interagir com brinquedos e objetos familiares, desde o nascimento e durante os anos seguintes, “aprende mais coisas sobre os objetos que o rodeiam, sobre suas dimensões, suas formas, suas qualidades. Mas, sobretudo, aperfeiçoa as suas capacidades aprendendo a estar atento aos resultados dos seus atos” (TARDOS; SZANTOFEDER, 2011, p. 47). Suas funções intelectuais (memória, atenção e linguagem) são produzidas por atividades neuronais, formando redes responsáveis pela aprendizagem (KOLB; WHISHAW, 2003). Eles se apropriam de elementos de seu contexto, se expressam e interagem a partir de muitas linguagens que os adultos não conseguem ver e compreender e, portanto, reconhecer como um saber (RICHTER; BARBOSA, 2010). A partir de experiências contextualizadas, os bebês adquirem o “progressivo domínio das linguagens gestuais, verbais, plásticas, dramáticas, musicais, suas formas específicas de expressão, de comunicação, de produção humana” (BARBOSA, 2010, p. 5). Quanto mais interagem com o outro, mais aprendem e desenvolvem a inteligência. Afinal, são seres que observam, imitam, se comunicam, constroem significados e internalizam determinadas culturas.

4. DISCUSSÃO

Bebês são seres sociais que necessitam de um adulto para sobreviver: para alimentá-lo, vesti-lo, cuidar de suas necessidades básicas e apresentar-lhe o mundo. “Essa máxima dependência do bebê em relação ao adulto e sua mínima capacidade de comunicação cria a primeira necessidade social da criança: o desejo de comunicar-se” (MÚJINA, 1990, p. 67). A comunicação emocional realizada pelo bebê é a atividade que guia o seu desenvolvimento no primeiro ano de vida. Ela se constitui em uma ação em comum entre o adulto que cuida e o bebê, através do olhar, da fala, do toque: a criança presta atenção no adulto, e este presta atenção na criança (MÚJINA, 1990). Conforme o adulto apresenta-lhe objetos, o bebê sente a necessidade de pegar, ver, ouvir.

O desejo de se comunicar e se relacionar são uma marca muito forte no ser humano (BRASIL, 2009). Antes mesmo de aprender a falar, os bebês utilizam todos os sentidos para brincar e se comunicar com o outro. Ribeiro (1998), indica que o desenvolvimento infantil está vinculado ao brincar, uma vez que este se apresenta como a linguagem própria da criança, possibilitando o acesso às informações e a assimilação do que ocorre ao seu redor. O brincar está caracterizado como linguagem, como forma de expressão e é uma maneira de a criança compreender o mundo.

Segundo Tardos (2016), os bebês são capazes de muito mais coisas do que os adultos imaginam, como destreza corporal e uma curiosidade atenta pelo seu ambiente. Reisman (1987, p. 265) corrobora com a mesma ideia, ao dizer que: “Nós pensamos nos bebês como desamparados, mas eles nascem com algumas capacidades sensoriais finamente sintonizadas”. Com isso, realizam atividades espontâneas e descobrem, por exemplo, como as mãos ou os pés se movem, como girar o seu corpo, e até mesmo como alcançar e segurar um objeto. Szanto-Feder (2014) argumenta que os bebês são seres ativos desde o nascimento, com iniciativa, interessado por aquilo que o rodeia, pelas pessoas e objetos.

Bee (2003) indica que, além da percepção dos bebês sobre os objetos físicos e suas propriedades, eles também observam os sinais sociais (entonação vocal, linguagem corporal etc.), ou seja, as pessoas que se relacionam com as crianças transmitem muitas informações por meio de sua expressão emocional. “As evidências apontam que os bebês começam a prestar atenção a essas pistas sociais/emocionais por volta dos dois ou três meses de vida” (BEE, 2003, p. 185). Conforme crescem, o vocabulário emocional das crianças aumenta, e elas passam a reconhecer, cada vez mais, variações nas expressões dos outros.

“Em contraste com as capacidades perceptuais, as capacidades motoras iniciais do bebê são bastante limitadas” (BEE, 2003, p. 114), porque os sistemas corporais e as partes do sistema nervoso necessárias para muitas habilidades perceptuais estão, em grande parte, completas no nascimento, diferentemente da motora. Por volta de um mês de idade, por exemplo, é que o bebê conseguirá levantar o queixo do colchão. Com dois meses, conseguirá segurar a cabeça quando está no colo. Emmi Pikler (2018), observou a sequência de movimentos motores que os bebês faziam, até começarem a caminhar. A autora destacou que, caso a criança possuísse condições físicas e liberdade motora, o desenvolvimento motor ocorreria, como consequência natural dessas experimentações. Sendo assim, a extensão das capacidades ou habilidades físicas de uma criança terá efeito sobre o seu desenvolvimento cognitivo e social, uma vez que influenciarão diversas experiências que ela poderá

ter: “Um bebê que é capaz de sentar pode estender a mão para alcançar com mais facilidade os objetos em torno dele; o bebê capaz de engatinhar, pode explorar o seu ambiente ainda mais amplamente” (BEE, 2003, p. 131).

Diante dessa relação intrínseca entre corpo, afeto, intelecto e motricidade, os bebês percebem o mundo a sua volta, e tentam adaptar-se a ele. Segundo Piaget (1982; 1993), o processo de adaptação é constituído por vários subprocessos, que vão desde esquemas mentais, a assimilação, acomodação e equilíbrio. De acordo com o autor, o bebê assimila as informações através de esquemas sensório-motores (olhar, escutar, sugar, agarrar) e acomoda esses esquemas baseado em suas experiências. Ele responde aos estímulos que recebe. Ao longo dos primeiros 18 meses, o bebê passa a compreender que os objetos continuam existindo mesmo quando estão fora de vista (objeto permanente) e passa a capaz de lembrar ações e indivíduos por períodos de tempo. Ele começa a direcionar comportamentos para alcançar determinados objetivos. Por exemplo: chora para ser pego no colo; estica a mão para tentar pegar algum objeto. Assim, pode-se dizer que a aprendizagem inicial dos bebês acontece por meio do desenvolvimento de seus sentidos e da atividade motora.

Cairuga (2014, p. 35) aponta em seu texto que “o primeiro universo do bebê é a casa, ninho em que se refugia e onde habitam as pessoas que são por ele reconhecidas e lhe são fontes de afeto, segurança e interação”. É lá que estão os seus maiores referenciais: “o barulho, as vozes, o silêncio, os cheiros, o movimento, as pessoas, é nesse espaço que vivencia o ritmo, o tempo e as primeiras narrativas que dão significado às suas ações” (CAIRUGA, 2014, p. 35). Ali também estão os adultos que aprendem a ler seus gestos e sinais; que cuidam dele e atendem suas necessidades básicas. Será através dessa relação entre adulto e bebê que se darão as bases do desenvolvimento infantil.

A criança precisará do adulto para se reconhecer como um ser humano, com necessidades, afetos e desejos. Ela procura no olhar do seu cuidador o reconhecimento de sua existência. Por isso, Vygotsky (1996) indica que a emoção é o principal canal de interação do bebê com o adulto. A afetividade caracteriza-se pelo toque, pelas expressões faciais e pelo tom de voz.

Munido de capacidades sensoriais, perceptivas e psicomotoras, o bebê terá todas as condições de se desenvolver de forma saudável, desde que conte com um adulto que estabeleça vínculos de afeto, que reconheça seus sinais e que garanta uma interação de qualidade. De acordo com Pikler (2018), a criança, desde seu nascimento, é um parceiro ativo, capaz de compreender as coisas que lhe são faladas, apresentadas e comunicadas.

Sendo assim, é possível um bebê crescer e se desenvolver dentro da UTI Ped? Sim, é possível. Dependendo das condições da criança (se está estável, consciente, fora de assistência respiratória e de risco imediato), ela poderá interagir com os adultos, assim como com objetos e brinquedos de fácil higienização (desde que avaliados previamente pela equipe da UTI e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).

A UTI Ped é o local destinado ao atendimento de crianças gravemente enfermas. É comum o paciente admitido em uma UTI estar inconsciente. Entretanto, conforme ele se recupera, torna-se mais desperto e recebe uma carga de estímulos sensoriais do próprio ambiente, como sons advindos do bip do monitor multiparâmetro, da bomba infusora, do ventilador pulmonar, e até mesmo da intensidade de luz branca. Ao mesmo tempo, pode reduzir outros estímulos devido à condição física comprometida, como por exemplo, diminuição de contato físico familiar, restrição de movimentos corporais e, no caso de paciente traqueostomizado, ausência de estimulação auditiva causada pela própria voz (AIELLO, 1978).

Na UTI Ped, a criança fica em observação 24 horas por dia, e é atendida por uma equipe multiprofissional, que poderá envolver médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, pedagogos, técnicos de enfermagem e outros profissionais, em vista à sua recuperação integral. A equipe deve estar preparada para auxiliá-la em seu desenvolvimento, minimizando os efeitos da hospitalização através do cuidado humanizado, ao mesmo tempo em que favorece um ambiente inserido na rotina de uma unidade pediátrica. Conforme pontuou Barbosa (1995), para um cuidado humanizado, o assistir deve ir além do atendimento focalizado exclusivamente no risco biológico de perder a vida.

De acordo com Veiga et al (2009, p. 435), “na atenção à saúde da criança, é enfatizado um cuidado integral e multiprofissional que possibilite a compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo”. Desta forma, o acompanhamento do desenvolvimento infantil, em vistas às propostas de humanização da atenção à saúde, e a integralidade do cuidado à saúde devem constituir-se como responsabilidade de todos, garantindo os direitos expressões em vários dispositivos legais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CONANDA, 1995).

A criança internada na UTI Ped geralmente está restrita ao leito, impedida de explorar o ambiente. Para tornar a realidade de internação uma experiência menos traumática, Pauli e Bousso (2003) sugerem o cuidado com a decoração do espaço, de forma a humanizá-lo e torná-lo mais

acolhedor aos olhos dos pequenos. Por sua vez, Collet e Oliveira (1999) sugerem o uso de brinquedos e a inserção de atividades lúdicas recreativas e educacionais.

Sabendo que o lúdico contribui para melhor aceitação ao processo de hospitalização (OLIVEIRA, 2007), a equipe multiprofissional pode criar momentos para que a criança seja envolvida pelo faz-de-conta. Afinal, brincar é uma atividade própria do comportamento infantil e essencial ao bem-estar da criança, pois colabora ao seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la na compreensão a realidade (MARTINS *et al.*, 2001).

As ações realizadas pela equipe multiprofissional devem buscar como foco central a saúde, o desenvolvimento infantil e o bem-estar da criança, uma vez que apontam práticas de humanização em uma perspectiva integradora, otimizando e enriquecendo as interações entre os envolvidos, através de ações curativas, preventivas e promocionais de saúde (VEIGA *et al.*, 2009), e de educação. Afinal, o binômio cuidar/educar é compreendido com processo único, em que as duas ações estão imbricadas, mesmo que a conjunção sugira “a ideia de duas dimensões independentes: uma que se refere ao corpo e a outra aos processos cognitivos” (KRAMER, 2005, p. 66).

De acordo com McBride e Sack (1980), conforme as crianças melhoram fisicamente, o pedagogo e o brinquedista podem iniciar as mediações. O brincar, além de divertir e ensinar, possibilita o relaxamento, uma forma da criança expressar seus sentimentos, a redução dos efeitos traumáticos da hospitalização e uma recuperação mais efetiva (FALEIROS *et al.*, 2002). Segundo Leite e Shimo (2007), no âmbito hospitalar, o brinquedo pode ser classificado de três formas: o brinquedo instrucional (tem a função de preparar a criança para a hospitalização), o brinquedo dramático (quando a criança utiliza os bonecos e objetos hospitalares para exteriorizar seus sentimentos), e o brinquedo capacitador de funções fisiológicas (que contribui com a melhora física da criança, e consiste em desenvolver atividades que facilitem esta condição).

Diferentemente de uma casa, na UTI Ped, os brinquedos e objetos devem ser avaliados pela equipe, de forma a evitar transmissão de microrganismos. As medidas profiláticas de limpeza e desinfecção dos mesmos buscam evitar a transmissão de patógenos e disseminação de microrganismos às crianças e profissionais de saúde. A higienização das mãos, a desinfecção, a descontaminação, esterilização, bem como a utilização de protocolos de prevenção e controle da infecção (FERRAREZE *et al.*, 2007) são cuidados vitais à saúde e segurança do paciente. Devido a esses cuidados, alguns materiais devem ser evitados dentro da UTI Ped, exatamente por poderem

colonizar bactérias, como os brinquedos de pelúcia, as bonecas de pano e até mesmo brinquedos para o banho. Assim, ao selecionar os objetos, é preciso considerar uma série de fatores: devem ser leves, atóxicos, sem produção de ruídos altos e estridentes, sem pontas ou bordas afiadas, sem correntes, tiras e cordas com mais de 15cm; também devem-se considerar a qualidade do brinquedo e as recomendações do fabricante sobre segurança, a idade da criança, suas habilidades e capacidades motoras. Na composição do brinquedo, deve-se considerar ainda as superfícies e as dimensões, de modo que sejam de fácil higienização (ALMEIDA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa bibliográfica, este estudo buscou refletir sobre a importância da equipe multidisciplinar ao desenvolvimento de bebês em tratamento de saúde hospitalar. De acordo com Piaget (1982), o bebê nasce sensível e motor. Através das relações afetivas e motoras, passará a atuar sobre o meio e desenvolver a inteligência. Daí a importância de experiências sociais e ambientais, através da mediação/interação entre bebês/adultos/objetos. Desta forma, o brinquedo acaba sendo um recurso bastante utilizado no enfrentamento da doença, de forma a minimizar os efeitos da internação, além de contribuir na aprendizagem e no desenvolvimento infantil.

O comprometimento da equipe multidisciplinar ao desenvolvimento integral do bebê fará toda a diferença em seu tratamento. Para tanto, será preciso levar em conta: 1) as relações entre a saúde e a educação; 2) as peculiaridades e características próprias da infância, sendo o brincar um atributo dessa fase; 3) o tempo de aprendizagem e desenvolvimento de cada criança; 4) a humanização do ambiente na UTI Ped; 5) a interação/mediação entre o adulto e criança, de forma a apresentar-lhe o mundo. Sem querer esgotar o assunto, espera-se que a reflexão sobre a temática contribua para um melhor entendimento da complexidade que envolve o “ser bebê” em uma UTI Ped, incentivando a equipe multiprofissional a elaborar estratégias de intervenção, levando em consideração o tratamento de saúde bem como as características próprias de cada faixa etária. Afinal, a criança hospitalizada também é detentora de direitos, que devem ser garantidos e preservados em todas as idades, tempos e espaços.

REFERÊNCIAS

- AIELLO, J. The concept of sensory deprivation. **The Australian Nurse's Journal**, Melbourne, 7, out. 1978.
- ALMEIDA, M. C. **Descrição bacteriológica de brinquedo utilizado em Unidade de internação pediátrica**. 2010. 150p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2010.
- BARBOSA, S. **Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência com clientes internados em UTI**. 1995. 325p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- BARBOSA, M. C. S. **As especificidades da ação pedagógica com os bebês**. Belo Horizonte: Perspectivas Atuais Perspectivas Atuais, 1, nov. 2010.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 40º ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 15º ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Práticas cotidianas na Educação Infantil** – bases para a reflexão sobre as orientações curriculares. Brasília: MEC, 2009.
- CAIRUGA, R. R. Os profissionais que atuam com os bebês. In: CAIRUGA, R. *et al.* (org.) **Bebês na escola** – observação, sensibilidade e experiências sensoriais. POA: Editora Mediação, 2014, p. 35-47.
- CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, nº.3, vol.15, mar. 2002.
- CONANDA. Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17/10/95.
- COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. Caminhos para a humanização da assistência à criança hospitalizada. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n 4, janeiro, 1999.
- FALEIROS, F.; SADALA, M. L.; ROCHA, E. Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, nº 36 (1), março 2002.
- FALK, J. **Educar os três primeiros anos: a experiência de Lóczy**. Araraquara: JM Editora, 2004.
- FERRAREZE, M. V. *et al.* Pseudomonas aeruginosa multiresistente en una unidad de cuidados intensivos: desafíos que proceden? **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, n.1, set., 2007.

GARRALDA, M. E. Chronic physical illness and emotional disorder in childhood. **British Journal of Psychiatry**, Londres, n. 164, junho, 1994.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDSCHMIED, E.; JACKSON, S. **Educação de 0 a 3 anos: o atendimento em creche**. Porto Alegre: Grupo A, 2006.

GUERRA, L. B. O diálogo entre a neurociência e a educação: da euforia aos desafios e possibilidades. **Revista Interlocução**, Belo Horizonte, n.4, junho, 2011.

KLAUS, M.; KLAUS, P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: ArtMed, 1989.

KOLB, B.; WISHAW, I. Q. **Neurociência do Comportamento**. SP: Manole, 2003

KRAMER, S. **Profissionais da Educação Infantil: Gestão e Formação**. São Paulo: Ática, 2005.

LEITE, T. M.; SHIMO, A. K. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 2, nov., 2007.

LIMA, E. S. **Neurociências e aprendizagem**. São Paulo: Inter Alia, 2007.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**. Florianópolis, n. 10, dez, 2007.

MARTINS, M. R. *et al.* Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 2, set., 2001.

McBRIDE, M. M.; SACK, W. H. Emotional management of children with acute respiratory failure in the intensive care unit: a case study. **Heart & Lung**, St. Louis, nº 9, janeiro, 1980.

MELLO, C. O. *et al.* Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. **Psicologia, teoria e pesquisa**, Brasília, n. 1, janeiro, 1999.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MÚJINA, V. **Psicología de la edad preescolar**. Madrid: Visor, 1990.

OLIVEIRA, V. B. O lúdico na realidade hospitalar. In: VIEGAS, D. **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. R.J.: Wak, 2007, p. 27-32.

PANTANO, T. **Neurociência aplicada à aprendizagem**. São Paulo: Pulso Editorial, 2009.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 3, nov., 2003.

- PIAGET, J. **A Linguagem e o Pensamento da Criança**. R.J.: Fundo de Cultura, 1959.
- PIAGET, J. **O Nascimento da Inteligência na Criança**. R.J.: LTC Ed., 1982.
- PIAGET, J. **A Epistemologia Genética**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- PIKLER, E. **Moverse en Libertad: desarrollo de la motricidad global**. Madrid: Narcea, 2018.
- QUIROGA, C. **Invasão positivista no marxismo: manifestações no ensino da metodologia no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.
- REISMAN, J. E. Touch, motion, and proprioception. In: SALAPATEK, P.; COHEN, L. **Handbook of infant perception: from sensation to perception**. Orlando: Academic Press, 1987, p. 265-304.
- RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, n.1, abr. 1998.
- RICHTER, S. R.; BARBOSA, M. C. Os bebês interrogam o currículo: as múltiplas linguagens na creche. **Revista Educação**, Santa Maria, nº 1, jan./abr. 2010.
- SALVADOR, A. D. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica**. Porto Alegre: Sulina, 1986.
- SZALONTAI, A. **Olha o Márcio caminhando sozinho, que lindo!** aprendizados sobre motricidade livre dos bebês durante a fase final da formação em Pedagogia. 2018. 75p. Trabalho de Conclusão. (Graduação em Pedagogia). Faculdade de Educação, UFRGS, POA, 2018.
- SOUZA-DIAS, T. G. **Considerações sobre o psiquismo do feto**. São Paulo: Escuta, 1996. 122p.
- SZANTO-FEDER, A. **Una mirada sobre el niño en acción: el sentido del movimiento de la protoinfância**. Buenos Aires: Cinco, 2014.
- TARDOS, A. Autonomia e/ou dependência. In: FALK, J. (org). **Abordagem Pikler: educação infantil**. São Paulo: Ominisciência, 2016, p.39-52.
- TARDOS, A.; SZANTO, A. O que é autonomia na primeira infância? In: FALK, J. (Org.) **Educar os três primeiros anos: a experiência de Lóczy**. Tradução: Suely Amaral Mello. Araraquara: JM Editora, 2011, p.39-52.
- VEIGA, N. *et al.* Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, n13, jul./set., 2009.
- VYGOTSKI, L. S. El primer año. In: VYGOTSKI, Lev Semenovitch. **Obras escogidas IV**. Madrid: Visor Distribuciones, 1996, p. 275-318.
- WILHEIM, J. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Brasiliense, 1992.