

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

ARIADINE RODRIGUES BARBOSA

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NA E PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Uruguiana

2017

ARIADINE RODRIGUES BARBOSA

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NA E PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, área de concentração Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Phillip Vilanova Ilha

Coorientador: Susane Graup

**Este trabalho foi apresentado no formato das normas de publicação da Revista
Ciência & Saúde.**

**Uruguiana
2017**

ARIADINE RODRIGUES BARBOSA

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NA E PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, área de concentração Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Trabalho de Conclusão de Residência defendido e aprovado em: 08 de dezembro de 2017.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Phillip Vilanova Ilha
Orientador

Tutor no Programa de Residência em Saúde Coletiva-Unipampa

Prof. Dr^a. Simone Lara

Docente no Programa de Residência em Saúde Coletiva-Unipampa

Enfermeira Jennifer Avila Lago

Preceptor de campo/Programa de Residência em Saúde Coletiva-Unipampa

RESUMO

Abordar o desenvolvimento é algo complexo, pois, este processo é constante, acontece durante toda a vida e é composto por vários domínios, sendo o desenvolvimento motor um destes, o qual, define-se como as alterações no movimento influenciados pela biologia do indivíduo, interações com ambiente e com tarefa proposta, constituído por diferentes estágios e fases. Avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança é eixos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança, assim, promover e realizar ações de vigilância do desenvolvimento é atribuição da equipe de saúde na atenção básica. Desta forma, a inserção do Profissional de Educação Física torna-se possível na atuação da promoção da e na saúde da criança por meio de orientações, avaliação, intervenções motoras, prescrição de atividade, entre outras. Neste sentido, o presente estudo traz um relato acerca das vivências práticas da atuação do Profissional de Educação Física desenvolvidas no estágio de ciclo infantil pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa. Para as intervenções adotou-se o uso das medidas antropométricas, registro nas curvas de crescimento, avaliação dos movimentos reflexos e rudimentares, orientações para estimulação no domicílio e intervenção motora precoce. Percebeu-se que muitas crianças se encontram com atraso dos marcos motores devido a práticas familiares que não oportunizam estímulos que propiciem o desenvolvimento da criança. Diante disso, a atuação do Profissional de Educação Física com o público infantil contribui para aquisição de habilidades funcionais, mas também, possibilita a inserção em espaços não tradicionais como área da saúde.

Palavras-chaves: Destreza Motora. Educação Física e treinamento. Desenvolvimento Infantil. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Approaching development is something complex, because this process is constant, happens throughout life and is composed of several domains, motor development being one of these, and is defined as changes in movement influenced by the biology of the individual, interactions with environment and with proposed task, constituted by different stages and phases. Evaluation and monitoring the child's growth and development are axes of the National Policy for Integral Attention to Child Health, so promoting and carrying out development monitoring actions is attributed to the health team in primary health care. In this way, the insertion of the Physical Education Professional becomes possible in the performance of the promotion of and in child health through guidance, evaluation, motor interventions, activity prescription, among others. In this sense, the present study reports on the practical experiences of the performance of the Physical Education Professional developed in the child cycle stage by the Multiprofessional Residency Program in Collective Health of the Federal University of Pampa. For the interventions, the use of anthropometric measurements, recording of growth curves, evaluation of reflex and rudimentary movements, orientations for stimulation at home and early motor intervention were adopted. It was noticed that many children are delayed in the motor milestones due to familiar practices that do not offer stimuli that propitiate the development of the child. Therefore, the performance of the Physical Education Professional with the children's audience contributes to the acquisition of functional skills, but also, it allows the insertion in non-traditional spaces as a health area.

Keywords: Motor Skill. Physical Education and Training. Child Development. Health Promotion

SUMÁRIO

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA E PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA	2
ABSTRACT.....	5
SUMÁRIO	6
PARA INÍCIO DE CONVERSA.....	1
O CAMINHO TRILHADO.....	4
DISCUTINDO A PRÁTICA.....	7
POTENCIALIZANDO O DESENVOLVIMENTO MOTOR INFANTIL ATRAVÉS DA INTERVENÇÃO MOTORA PRECOCE.....	10
E PARA CONCLUIR... ..	12
REFERÊNCIAS.....	13
ANEXOS	16

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA E PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

POSSIBILITIES OF THE PROFESSIONAL OF PHYSICAL EDUCATION IN AND FOR THE PROMOTION OF CHILD HEALTH

Para início de conversa...

Abordar o desenvolvimento é algo complexo, pois, este processo é pluridirecional, pluridimensional, adaptável, constante e acontece durante toda a vida não parando até a morte do indivíduo, composto por vários domínios (físico, cognitivo e psicossocial) que estão conectados, no qual, um influi sobre o outro podendo sofrer interferências de fatores individuais, do contexto histórico-social-cultural e das experiências oportunizadas¹. Neste sentido, entendemos que o desenvolvimento motor é um elemento que compõe o desenvolvimento integral do indivíduo e que inicia na concepção com a presença de movimentos reflexos (ouvir, bocejar, dormir, entre outros), por isso, o recém-nascido traz um conjunto de experiências que criam modificações funcionais permanentes ou não desencadeadas por meio de um estímulo no sistema nervoso central, assim formando o processo de aprendizagem².

Portanto, o desenvolvimento motor (DM) possui várias denominações como desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento neurosensório-motor, entre outras; mas conceitualmente o DM refere-se às alterações no movimento, ou seja, na aquisição e maturação das habilidades funcionais e em suas interações com ambiente, tarefa e biologia do indivíduo^{3,4}, mas também, é definido como modificações no comportamento motor composto por diferentes estágios e fases, sendo, a primeira fase caracterizada pelos movimentos reflexos (primitivos, posturais e locomotores), posteriormente a fase dos movimentos rudimentares, que se configuram como primeiros movimentos voluntários e com o decorrer do tempo devem evoluir para a fase dos movimentos fundamentais conforme o modelo da Ampulheta de Gallahue³. Contudo, o movimento humano constrói-se, a partir de uma intencionalidade, dos quais, os movimentos naturais são conhecidos como básicos⁵.

O Ministério da Saúde, a fim de, priorizar ações no cuidado a população infantil instituiu a Portaria Nº 1.130/2015, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) que possui sete eixos estratégicos, destacando para este trabalho, o

eixo III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral⁶. Diante disso, toda criança deverá possuir a caderneta de saúde da criança e ser acompanhado do zero aos seis anos por meio de avaliação do crescimento e desenvolvimento motor com registro no documento referido, além de, receber orientações com profissionais variados sobre cuidados e formas de estimular em todos atendimentos, e, ao fortalecer o vínculo com a família a equipe de saúde poderá utilizar estes espaços para promoção da saúde e prevenção de agravos⁷.

O nome dado ao acompanhamento infantil é puericultura, ou seja, ações que visam promover e proteger a saúde da população infantil através de um cuidado integral, que pode ser realizada por diferentes profissionais da área da saúde, no qual, recomenda-se realizar sete consultas no primeiro ano de vida consecutivamente com quinze dias, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês^{8,9}.

Diante disso, no primeiro ano de vida, a criança apresenta uma variedade de movimentos que necessitam ser avaliados mês a mês, pois, a permanência ou a falta de um marco motor pode determinar um possível atraso no desenvolvimento motor. Esta detecção é possível por meio da vigilância do desenvolvimento infantil buscando uma perspectiva de cuidado integral e atuando na promoção da saúde. A vigilância do desenvolvimento é definida como ações voltadas à promoção do desenvolvimento típico e verificação de situações que possam prejudicar o desenvolvimento e deve ser acompanhada por uma equipe de saúde multidisciplinar, educadores e família¹⁰.

Por isso, mensurar o desenvolvimento motor torna-se um pouco complexo no contexto do nosso país, porque, existem poucos instrumentos validados para população brasileira e necessitam que o profissional tenha uma capacitação para colocá-las em prática. Entretanto, a avaliação é fundamental para triagem, verificar fatores de riscos e planejar intervenção precoce. Para tornar a avaliação do desenvolvimento acessível e subsidiar os profissionais da atenção primária, foi criado o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto do AIDPI que apresenta um quadro⁸ (p. 23), no qual auxilia na verificação do desenvolvimento, com a seguinte classificação: Provável Atraso no Desenvolvimento, Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco e Desenvolvimento Normal, outra possibilidade é utilizar o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento presente na caderneta da criança^{10,11}.

O ritmo do desenvolvimento motor pode ser influenciado por vários fatores de riscos, intrínsecos ou extrínsecos, que interagem entre si e impactam de forma positiva ou negativa no decorrer desse processo. Alguns indicadores de comprometimento para o desenvolvimento motor típico da criança são fatores biológicos como a prematuridade, a

desnutrição (baixo peso), o peso elevado e medidas do crescimento abaixo do recomendado (comprimento e perímetro cefálico). O estímulo ou privação de oportunidades e experiências repercutem para favorecer ou prejudicar o desenvolvimento da criança. Desta forma, fatores ambientais e da tarefa promovem o aprendizado e aquisição de diversas habilidades, no entanto, alguns estudos apresentam que a falta de *affordances*¹, ou seja, de um meio desafiador, estímulos ambientais, espaço físico ou motivação pelos familiares pode causar danos ao desenvolvimento motor^{12,13}.

Os profissionais das equipes de Atenção Básica e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis em realizar o acompanhamento do desenvolvimento da criança e devem estar atentos as modificações neurológicas buscando envolver a família no cuidado por meio de orientações. Desta forma, recomenda-se que os atendimentos sejam registrados na caderneta de saúde da criança e que os estímulos sejam ofertados em diferentes espaços (domicílio, escola, unidade de saúde). A identificação antecipada de atraso no desenvolvimento motor permite interferir de forma precoce, buscando auxiliar na aquisição dos marcos motores ausentes, no entanto, na prática, as crianças chegam tardiamente aos serviços. Neste sentido, uma das possibilidades de intervenção são os programas de estimulação precoce ou intervenção precoce, que usa uma abordagem qualitativa, com procedimentos e práticas terapêuticas que visam oportunizar estímulos de acordo com a individualidade com atividades significativas, que integram a família nesse processo que favoreça o desenvolvimento integral^{14,15,16,17}.

A inserção do Profissional de Educação Física torna-se possível na atuação da promoção da e na saúde da criança, visto que, dentre as suas competências estão orientações, intervenções, prescrição de atividade física ou práticas corporais, mas também, realizar avaliações físicas com objetivo de diagnosticar a(s) necessidade(s) do sujeito, e aqui citamos o desenvolvimento motor com uma área de prática¹⁸. Outra possibilidade de atuação do Profissional de Educação Física é através de programas de intervenção precoce, objetivando desenvolver marcos motores e elementos da motricidade no âmbito da atenção básica, visto que, há alguns estudos que demonstram que no ambiente escolar, este trabalho já é realizado por profissionais de Educação Física^{19,20}.

A fim de reforçar a importância do brincar para população infantil, em 2017 foram apresentadas recomendações sobre a necessidade dos bebês serem ativos, evitando tempo de tela e comportamentos sedentários²¹. Por isso, uma maneira de incentivar a

¹ *Affordances*: são oportunidades buscam promover ou estimular mudanças no desenvolvimento motor.

prática da atividade física no pós-parto é a introdução de práticas corporais para mães e filhos, que buscam fortalecer o vínculo do cuidador com a criança como: *sling dance*², *yoga baby*³, *pilates baby*⁴ e dança materna. Entretanto, nem sempre estas práticas são acessíveis a toda população ou possuem o enfoque centrado na criança, por isso, o trabalho de promoção da saúde é uma estratégia para adoção de comportamentos saudáveis por meio de estimulação motora que pode ser inserido desde os primeiros dias de nascimento.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever vivências práticas sobre a atuação do Profissional de Educação Física, desenvolvidas no estágio de ciclo infantil, ofertado no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva para e na promoção da saúde da criança.

O caminho trilhado...

Este trabalho consiste em um relato de experiência sobre a atuação do Profissional de Educação Física no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

As residências em área de saúde, multiprofissionais ou uniprofissionais, foram implementadas pela Lei 11.129/2005²² e consistem em programas de pós-graduação lato sensu de formação em serviço com carga horária 5.760 horas, divididos em 60 horas semanais, no qual, 80% da carga horária são atividades práticas e 20% atividades teóricas e teórico-práticas²³. As residências multiprofissionais são formadas por diferentes profissões, sendo, as equipes constituídas por no mínimo três profissionais de áreas distintas conforme a resolução CNRMS Nº 2/2012²⁴. O Programa de Residência Integrado Multiprofissional em Saúde Coletiva da UNIPAMPA é composto por cinco profissões: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social. Neste estudo, iremos abordar as experiências vivenciadas durante o estágio no ciclo infantil realizado na Policlínica Infantil de um município da fronteira Oeste-RS.

A Policlínica Infantil é um serviço de atenção primária no município, criada em 2011, possui localização central, conta com atendimento de 5 médicos pediatras, 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 1 fonoaudióloga, 1 nutricionista e 1 estagiário. A infraestrutura do local apresenta 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem, consultório para teste

² Prática Corporal terapêutica que utiliza música e dança para cuidador e bebê que fica preso pelo sling (faixa de pano).

³ Atividade Física voltada para mães e bebês que usam movimentos adaptados da yoga para estimular o desenvolvimento da criança.

⁴ Exercícios baseados no método Pilates realizados após a gestação pela mãe acompanhada po bebê.

da orelhinha, sala de triagem, sala de teste do pezinho, sala compartilhada, sala de espera e banheiros. Neste local são realizados os testes do pezinho, orelhinha, coraçãozinho e olhinho, mas também, atendimentos de puericultura e acompanhamento do crescimento, preferencialmente, para recém-nascidos e lactentes até 2 anos de idade, no entanto, podem consultar crianças até 10 anos de idade. Além disso, dispõe de três programas para acompanhamentos específicos com a finalidade reduzir o índice de mortalidade infantil: Programa Infantil de Prevenção à Asma (PIPA)⁵, Prematuro no Pedaco⁶ e Viva Criança⁷. Atualmente, são atendidos diariamente cerca de 70 crianças, entre os serviços disponíveis no local, com registros nos prontuários físicos e os usuários são cadastrados no Programa Nacional de Informatização Municipal (PRONIM).

O estágio aconteceu no período de abril a agosto de 2017, durante três vezes na semana pelo turno da tarde, sendo dois turnos para ações de eixo profissional e um turno para atendimentos multiprofissionais ou interprofissionais, visando o acompanhamento da saúde das crianças que utilizam os serviços ofertados pela Policlínica Infantil. A atuação do profissional de Educação Física foi um processo construído com o decorrer do estágio, constituídos por várias etapas que seguiram as seguintes recomendações:

a) **Avaliações antropométricas:** realizadas medidas de massa corporal, comprimento e perímetro cefálico. A massa corporal era verificada através de balança pediátrica digital com a criança posicionada em decúbito ventral sem roupas e fralda, no caso dos maiores utilizou-se a balança antropométrica digital com a criança colocada na posição ortostática sem calçados e com o mínimo de roupas possível. O comprimento foi aferido com régua antropométrica infantil com uma extremidade fixa e outra móvel, no qual, a criança era posicionada em decúbito ventral, ajustando-se a extremidade fixa à cabeça da criança e a parte móvel nos pés com uma leve extensão dos joelhos. Para os maiores era utilizada a fita métrica fixada na parede ou o estadiômetro da balança colocando-os na posição ortostática sem calçado. Para aferição das medidas de massa corporal e comprimento/estatura seguiu as normas de referência do Ministério da Saúde²⁵. Já o perímetro cefálico foi verificado com uso de uma fita métrica não-elástica posicionada na cabeça da criança na parte anterior acima das sobrancelhas (glabella do osso frontal) e na parte posterior proeminência occipital²⁶. Após, anotava-se na

⁵ Programa Infantil de Prevenção à Asma (PIPA): acompanhamento de crianças e adolescentes com doenças respiratórias.

⁶ Prematuro no pedaco: programa de acompanhamento das crianças que nascem prematuras até dois anos de idade.

⁷ Programa Viva Criança: abrange mães com menos de 20 anos de idade e maiores de 35 anos; com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto); com indício de várias gestações, abortos, cesáreas, entre outros fatores de vulnerabilidade.

caderneta de saúde da criança na folha de registro de medidas antropométricas e nas curvas de crescimento.

- b) **Cálculo da idade corrigida:** com as crianças nascidas pré-termo era realizado o cálculo da idade corrigida ajustando a idade cronológica em relação à prematuridade da criança e considerando que a idade gestacional ideal são as 40 semanas (criança a termo), o cálculo é realizado pela fórmula: idade corrigida= idade cronológica-(40 semanas-idade gestacional)²⁷. A correção da idade também foi realizada por um disco de cálculo de idade adaptado semelhante ao gestograma.
- c) **Análise do desenvolvimento motor:** para verificar a presença ou ausência de marcos motores utilizou-se com os recém-nascidos e lactentes a avaliação de movimentos reflexos (primitivos, posturais e locomotores), conseqüentemente, a aquisição dos movimentos rudimentares (locomoção, estabilidade e manipulação), a partir da observação e manipulação da criança. Nas crianças com 2 e 3 anos de idade analisou-se o desenvolvimento das habilidades fundamentais³, e com os maiores de quatro anos foram avaliadas com a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM)²⁸. Outra ferramenta usada durante as avaliações era o instrumento de Vigilância do Desenvolvimento presente na Caderneta de Saúde da Criança.
- d) **Anamnese:** para investigar o histórico da criança era realizada uma conversa informal questionando dados sobre a gestação, o parto, principais hábitos para com a criança e sobre a aquisição dos principais marcos motores (rolar, sentar sem apoio, engatinhar, entre outros).
- e) **Orientações:** após a avaliação, repassava-se orientações aos familiares sobre a maneira de estimular a criança que melhor contribuísse para o desenvolvimento motor com entrega de um folder explicativo com informações sobre boas práticas de exercícios de estimulação no ambiente domiciliar construído com base no “o cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores”²⁹ e registrava-se na caderneta da criança a avaliação.
- f) **Intervenção na promoção da saúde da criança:** para intervenção motora com crianças menores de 1 ano trabalhou-se a troca de posturas estimulando os marcos motores para faixa etária com uso de materiais sensoriais e com os maiores de 3 anos programou-se exercícios lúdicos com intencionalidade, a partir das concepções desenvolvimentista³⁰ e da psicomotricidade³¹.

As informações sobre o atendimento foram registradas nos prontuários físicos dos usuários atendidos e contextualizado no relatório mensal com discussão de casos com o

tutor e equipe de residentes, a identidade dos usuários foi preservada através do sigilo de nomes.

Discutindo a prática...

Durante a realização dos atendimentos adotou-se como procedimento básico a verificação das informações referentes ao nascimento da criança, dados que devem estar registrados na caderneta da criança. Contudo, percebeu-se que uma das primeiras avaliações realizada no pós-natal, o Apgar, muitas vezes não é registrada. O teste de Apgar é feito logo após o nascimento e avalia cinco categorias: batimento cardíaco, esforço respiratório, irritabilidade reflexa, tônus muscular e cor devendo ser realizado no primeiro minuto e no quinto minuto, podendo ser calculado a cada cinco minutos (décimo, décimo quinto, ...). Para o cálculo da pontuação atribuiu-se pontuação 0, 1 e 2, sendo a soma total das categorias a menor pontuação atingida é 1 e a maior pontuação é 10, no qual, quanto maior a pontuação atingida melhor são as condições do recém-nascido, caso a pontuação seja menor que sete recomenda-se que o teste seja reaplicado. Analisar a pontuação do Apgar é uma ferramenta importante sobre a evolução do recém-nascido, e o uso desta medida auxilia na avaliação de lesões neurológicas decorrentes do parto ou pós-parto⁸.

Para a consulta de rotina, toda criança necessita passar pela aferição das medidas de massa corporal, comprimento e perímetro cefálico, com anotação na folha de registro de medidas antropométricas e preenchimento das curvas de crescimento, estes instrumentos auxiliam no monitoramento do estado nutricional, e ambos estão presentes na caderneta de saúde da criança. A aferição das medidas antropométricas auxilia a classificar a criança, quanto ao peso e comprimento, se está adequado para idade ou encontra-se com nível de magreza ou sobrepeso/obesidade. Diante disso, através de nossos registros, constatamos que há muitas crianças com baixo peso, conforme as curvas referências dispostas na caderneta de saúde da criança. Os motivos encontrados para situação baixo peso infantil devem-se a situação de vulnerabilidade socioeconômica e famílias com várias crianças, muitos lactentes utilizam complemento ao leite materno, e nos relatos das famílias por diversas vezes, este alimento precisa ser repartido com as outras crianças da casa. As crianças encontradas com sobrepeso, devia-se a falta do brincar, ou seja, apresentavam pouco gasto calórico, conforme o relato dos familiares ao investigar os hábitos através da anamnese não-estruturada, em contrapartida, as crianças com peso adequado foram aquelas que os pais ofertavam um repertório maior de estímulos. Ao buscar suporte na literatura sobre as causas para baixo peso ou sobrepeso na infância, o fator socioeconômico é apontado como principal influenciador acerca do nível nutricional,

assim como, pontuam o quanto as primeiras experiências alimentares contribuirão para estado nutricional futuro deste sujeito, no entanto, não encontramos pesquisas que abordem a relação do fator comportamental e socioambiental com nível nutricional³²⁻³³.

Com as crianças nascidas pré-termo foi implementado a realização do cálculo de idade corrigida, no qual, o Ministério da Saúde recomenda que as crianças prematuras ou pré-termo necessitam ter um acompanhamento de crescimento específico de acordo idade gestacional de nascimento⁸, ou seja, utilizando a classificação de prematuridade da Organização Mundial de Saúde: prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuro (28 a <32 semanas) e prematuro moderados ou tardios (32 a <37 semanas)³⁴. O cálculo da idade corrigida com prematuros deve ser uma prática cotidiana no acompanhamento de saúde da criança pré-termo, pois, muitas crianças prematuras podem apresentar mudanças no desenvolvimento e sobre as necessidades nutricionais, porém, não há um consenso sobre essa questão e sugere-se que o crescimento deve ser de acordo com a idade gestacional³⁵. A literatura não apresenta concordância até que idade deve-se fazer o cálculo, entretanto, para o Ministério da Saúde a idade corrigida deve ser calculada até a criança completar dois anos⁸. Outra ferramenta incorporada nos atendimentos do pré-termo foi a utilização das curvas de crescimento indicadas para prematuros, primeiro era usada curva de Fenton disponibilizada pelo local, e posteriormente, substituiu-se pela Intergrowth-21th ³⁶, adotada pelo Ministério da Saúde em 2016, como recomendação do Protocolo de Vigilância da Microcefalia. É importante ressaltar que esta medida foi adotada pela equipe multiprofissional dos residentes juntamente com a equipe de profissionais da Policlínica Infantil, e aderir ao uso destes parâmetros para esta população é fundamental, pois, quando comparado com uma criança a termo sem considerar à idade gestacional, um prematuro pode apresentar atraso no desenvolvimento motor³⁷.

A avaliação do desenvolvimento motor não é realizada corriqueiramente durante as consultas de puericultura, o que deve-se grande demanda de atendimentos para enfermeira e as consultas com pediatra possuem o foco totalmente curativo. Desta forma, com objetivo de promover o desenvolvimento motor adequado e prevenir o atraso na aquisição dos marcos motores durante a aferição das medidas antropométricas era ofertado aos pais a opção de passarem pela avaliação. Para avaliação do desenvolvimento motor, existem vários instrumentos de avaliação que possuem a finalidade de identificar se o sujeito está com desenvolvimento adequado ou com atraso, porém, poucos são validados para população brasileira, sendo, nos primeiros dois anos as escalas mais utilizadas Denver II e a Escala Motora Infantil Alberta (AIMS), mas possuem algumas limitações como qualificação e treinamento do profissional para serem aplicados na prática, visto que, outro

fator apontado é a individualidade, visto que o desenvolvimento varia de indivíduo para indivíduo^{38,39}. Em razão disso, para verificar se a criança encontrava-se no estágio e na fase adequada para sua faixa etária utilizou-se a avaliação dos movimentos reflexos e rudimentares, principalmente, ausência ou permanência de determinado movimento³ após a idade indica para desaparecer, além de registrar no instrumento de vigilância da caderneta de saúde da criança. Falando um pouco sobre a prática da avaliação do desenvolvimento motor, observamos que esta não faz parte da rotina do acompanhamento da criança e opõem-se as recomendações já citadas na introdução, e quando este serviço era oferecido aos pais, muitos alegaram que desconheciam a importância de avaliar o desenvolvimento motor da criança, e mesmo depois de explicarmos sobre a relevância do acompanhamento do desenvolvimento motor nem todos aceitavam que as crianças passassem pela avaliação motora.

Com base na anamnese e na avaliação motora dos lactentes, observou-se que muitas crianças apresentaram atraso para desenvolver os marcos motores de pegar objetos na linha média, adquirir controle de pescoço em decúbito ventral, rolar e sentar sem apoio. Um fato importante percebido, na maioria das crianças, foi a ausência do marco motor engatinhar, as crianças geralmente pulavam dos marcos motores sentar sem apoio para o caminhar. Estes achados podem ser explicados como uma consequência de um ambiente restritivo, pois, nas conversas informais com os cuidadores percebeu-se que as práticas familiares influenciam no processo do desenvolvimento motor da criança, e as barreiras encontradas como possível causa foram os hábitos de deixar a criança restrita ao carrinho, não colocar a criança na posição prono e não ofertar brinquedos. Desta forma, estes resultados são semelhantes aos descritos no estudo de Silva, Santos e Gonçalves (2006)⁴⁰ que investigou as práticas maternas, evidenciando que não há o costume de colocar a criança na posição prono para favorecer o controle de cabeça e, mais tarde, o engatinhar. Os autores constataram também, uma predominância de melhor desempenho após o 9º mês, porque as crianças movem-se mais e ocupam um espaço maior. Além da influência do contexto, outros fatores encontrados foram o excesso de proteção familiar com as crianças pré-termos, no qual, há uma privação na oferta de experiências e a inexperiência de cuidadores jovens devido aos pais adolescentes. Borba e Valentini (2015) demonstram em seu estudo que os fatores como prematuridade, baixo peso e pais adolescentes podem influenciar no atraso do desenvolvimento motor infantil⁴¹.

A linha de cuidado de atenção integral a saúde da criança, expressa na PNAISC, aborda recomendações específicas sobre acompanhamento do crescimento e avaliação motora infantil, porém, este processo ainda não é uma rotina nas consultas de puericultura,

o que pode ser atribuído a grande demanda do processo saúde-doença e pelo fato de haver poucos profissionais disponibilizados pelo serviço para atender a todas as necessidades da população. Outro aspecto percebido é que os familiares desconhecem a riqueza das informações presentes na caderneta de saúde da criança e o quanto estas orientações podem auxiliar para o desenvolvimento integral infantil.

Potencializando o desenvolvimento motor infantil através da Intervenção Motora Precoce...

As intervenções motoras aconteceram em dois dias da semana, organizadas em sessões individuais de 45 minutos, no qual, participaram duas crianças pré-termo menores de 1 ano de idade e uma criança acima dos 2 anos. As crianças selecionadas para participarem das intervenções precoce foram identificadas com atraso no desenvolvimento motor, através da avaliação inicial, mas também, possuíam o fator de risco da prematuridade.

Desta forma, as intervenções desenvolvidas com os lactentes tiveram como objetivo interferir no desenvolvimento motor, buscando a aquisição de marcos motores através da manipulação de objetos, exercícios de equilíbrio e de locomoção. As atividades manipulativas foram desenvolvidas, por meio, da estimulação sensorial com utilização de materiais com diferentes texturas e sons como chocalhos, brinquedos com apito, bolas, entre outros. Nos exercícios para desenvolver o equilíbrio e a locomoção, além da utilização da troca de posicionamento, incluiu-se estratégias que favorecessem o ganho destas habilidades como uso de bola suíça e almofadas. Para enriquecer as intervenções precoce foram construídas algumas ferramentas pelo profissional de Educação Física que tinham como finalidade tornar as atividades lúdicas e atrativas, além de, auxiliar na aquisição dos marcos motores ausentes. Os materiais produzidos foram tapetes sensoriais (Figura 1) que para trabalhar a percepção sensorial tátil e podal, almofadas para troca de posições e brinquedos criados com materiais adaptados. Destacamos que as atividades desenvolvidas promoveram a ambientação, exploração de materiais e espaço integrados aos exercícios de trocas de posicionamento (prono, supino, sentado e em pé).

Nestas intervenções, os pais encontravam-se presentes na sala e recebiam orientações sobre a importância da continuidade dos exercícios de estimulação no domicílio e como realizá-los, reforçando a mudança de alguns hábitos tardios, buscando colocar a criança em contato desde cedo com brinquedos pendurados (móviles), ofertar brinquedos para pegar em frente ao rosto, colocar na posição de barriga para baixo preferencialmente no chão, reduzir o tempo de ficar no carrinho e evitar tempo de tela. De acordo com a literatura, existem programas de intervenção motora realizados por fisioterapeutas e

terapeutas ocupacionais que conseguiram resultados significativos na mudança do desenvolvimento motor do bebê, através da ampliação de oportunidades em diferentes contextos (domicílio, escola, entre outros) com objetivos sistematizados por meio de atividades lúdicas com a inserção dos familiares no processo de estimulação e que contribuíram para ampliar o repertório motor de bebê^{42,43,44}.

Como alicerce das intervenções motoras, com crianças maiores que três anos de idade, foram organizados exercícios embasados nas abordagens pedagógicas da Educação Física Escolar, destacando a desenvolvimentista e a psicomotricidade, buscando realizar atividades lúdicas centradas no desenvolvimento integral do sujeito, promovendo um aprendizado com sentido e significado, no qual, o movimento é fundamental, assim como, o brincar livre e despreocupado de resultados imediatos, contudo, estes emergem das vivências oportunizadas, dos desafios propostos e das descobertas que são construídas a cada encontro, por meio, de exploração de diferentes brinquedos e materiais como cama elástica (jump), bambolê (arco), bolas variadas, fitas, cordas, chocalhos, entre outros.

Uma das dificuldades encontradas para romper com modelo tradicional de programas de Intervenção Motora, ou seja, focado apenas nas necessidades da criança, foi a questão de infraestrutura do local, que possui salas com espaço reduzidos, outro fator para que o número de atendimentos fosse reduzido. No entanto, a integração com família na estimulação ocorreu com orientação de exercícios que eram realizados nas sessões e deveriam ter continuidade no domicílio, além de, solicitar a interação em diferentes espaços da comunidade, como acessar praças e experimentar ambientes não-controlados.

É relevante salientar a importância de feedbacks durante a execução das atividades, através de palmas, de elogios ou vibrar ao sucesso de uma atividade executada, esses auxiliam na motivação para resultados positivos. Nesse sentido, o uso do feedback verbal auxiliou na melhora da performance e na qualidade do movimento dos participantes da intervenção motora. O feedback não é produzido apenas no erro, mas é uma resposta sensorial acerca do movimento, é considerado uma estratégia pedagógica que auxilia na aprendizagem motora durante a prática⁴⁵.

Para conduzir as sessões de intervenção motora, procurou-se determinar os objetivos para desenvolver habilidades motoras, que estão dispostos no quadro 1.

As intervenções motoras aplicadas pelo Profissional de Educação Física ainda estão restritas a área escolar, no qual, existem experiências que demonstram a importância da atuação deste especialista para expandir o repertório motor e ofertar experiências lúdicas que contribuam para motricidade e corporeidade da criança^{19,20}. No entanto, é preciso

ampliar estas vivências para nos espaços de saúde, e assim, contribuir na promoção da saúde da criança, buscando desenvolver o movimento desde cedo.

É importante salientar que a atuação na promoção de saúde da criança, além de ampliar as possibilidades de intervenção uniprofissional no eixo da Educação Física, contribuiu para a integração com profissionais de outras áreas, permitindo a troca de conhecimentos transversais que são fundamentais para orientações durante um atendimento, informações que auxiliam à aquisição de novos hábitos e comportamentos, seja quanto ao desenvolvimento motor, no acompanhamento de crescimento, na promoção da amamentação exclusiva, entre outros. O programa de residência facilita o processo de trabalho multi e interprofissional, devido a composição a equipe com áreas diversas, mas também, a interação com a equipe do local trouxe vários aprendizados, principalmente, para os encaminhamentos da rede.

Como limitações para realização deste trabalho foram encontrados poucos estudos sobre atuação do Profissional de Educação Física com público infantil na área da saúde, assim como, referências que fundamentem a prática. Por isso, é necessário que haja mais publicações com este enfoque.

Destacamos algumas sugestões de estratégias para intervir para e na promoção da saúde da criança, abordando o desenvolvimento motor, recomendando o uso destes três recursos: entrega de folders ilustrativos impressos (Figura 2), um instrumento adotado nos atendimentos para orientar aos familiares sobre boas práticas de intervenção e estimulação motora com exercícios que podem ser realizados no domicílio, visto que, existem cartilhas disponíveis na internet, porém, não são acessíveis a toda população. A criação de materiais pedagógicos como a confecção de um painel abordando os principais marcos motores (Figura 3), outro artifício que utilizamos para orientação que foi afixado no local de estágio para informar sobre qual a faixa etária ideal para aparecimento de determinado padrão motor aos pais e familiares que frequentam o espaço. E o uso do instrumento de vigilância do desenvolvimento motor da caderneta de saúde da criança como uma ferramenta para guiar os familiares sobre a importância da avaliação motora nas consultas de puericultura e o brincar com estimulação dos marcos motores para o desenvolvimento integral da criança.

E para concluir...

Ao iniciar o estágio no ciclo infantil haviam muitas dúvidas sobre como intervir com esta população, visto que, este público não faz parte dos atendimentos tradicionais do Profissional de Educação Física, no entanto, quando analisamos as possibilidades de

inserção verificamos que na área escolar o Profissional de Educação Física já encontra-se atuando com crianças. Por isso, trabalhar com a população infantil é fundamental, pois, este período riquíssimo para agir no desenvolvimento de habilidades funcionais que serão utilizadas no decorrer da sua vida.

Assim, a realização deste estágio de ciclo infantil permitiu ampliar a perspectiva sobre atuação do Profissional de Educação Física na e para promoção da saúde da criança, pois, quando refletimos acerca das práxis da Educação Física muitas vezes reduzimos limitados as práticas corporais e atividade física. Então, faz-se necessário extrapolar estas limitações para ocupar outros espaços não tradicionais da Educação Física, principalmente, na área da saúde e assim contribuir para mudança de hábitos e comportamentos.

Referências

- ¹Papalia, DE., Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ²Rotta NT, Ohlweiler L, Riesgo RS. Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurológica e Multidisciplinar. Porto Alegre: ARTMED, 2006.
- ³ Gallahue D L., Ozmun JC, Goodway JD. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 7ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- ⁴Haywood KM, Getchell N. Desenvolvimento Motor ao longo da vida. 6ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2016.
- ⁵Rabinovich SB. O espaço do movimento na educação infantil: formação e experiência profissional. São Paulo: Phorte, 2007.
- ⁶Brasil. PORTARIA Nº 1.130 de 05 de agosto de 2015: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- ⁷Brasil. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 1ª edição ed. Brasília: 2004.
- ⁸Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica nº 33. Brasília: 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>.
- ⁹SES-SP, Secretaria do estado de São Paulo. Manual de Acompanhamento da criança. São Paulo: 2015.
- ¹⁰Opas, Organização Pan-Americana de Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPAS, 2005.
- ¹¹Brasil. Caderneta de Saúde da Criança Menino. 8ª edição. Brasília: 2013.
- ¹²Nobre FSS, Costa CLA, Oliveira DL, Cabral DA, Nobre GC, Caçola P. Análise das oportunidades para o desenvolvimento motor (affordances) em ambientes domésticos no ceará - brasil. Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 19, n. 1, p. 9–18, 2009.
- ¹³Zanella LW, Rezer CR. O desenvolvimento motor e a influência do ambiente familiar e do nível socioeconômico motor. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, v. 13, 2014, p. 101–113.
- ¹⁴Brasil, Ministério da Saúde. Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica: Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia. Brasília: 2016.
- ¹⁵Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: 2016.
- ¹⁶Formiga CK, Predrazzani ES, Silva FPS, Lima CD. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. Paidéia, v. 14, 2004, p. 301–311.
- ¹⁷Unicef, Fundo das Nações Unidas para Infância. Orientações às famílias e aos cuidadores de crianças com alterações no desenvolvimento. Brasília: 2017.

- ¹⁸Confef, Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFEF nº 046/2002: Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- ¹⁹Ritter AS, Grave MTQ. Estimulação psicomotora e educação física para bebês na percepção de profissionais de escolas municipais de educação infantil de um município do Vale do Taquari. Revista Destaques Acadêmicos, Vol. 6, 2014, p. 72–79.
- ²⁰Silva GK, Cintra TTA, Pinheiro MCM. Bebês em movimento: estágio da Educação Física na Educação Infantil. Cadernos de Formação RBCE, 2012, p. 46–56.
- ²¹SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência, 2017. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19890e-MO-Promo_AtivFisica_na_Inf_e_Adoles-2.pdf.
- ²²Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens–ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acessado em: 22/12/2017.
- ²³Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010: Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15. Disponível: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acessado em: 22/12/2017.
- ²⁴Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012: Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acessado em: 22/12/2017.
- ²⁵Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2011.
- ²⁶SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Monitoramento do crescimento de RN pré-termos. Departamento Científico de Neonatologia. Nº 1, fevereiro de 2017.
- ²⁷Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. Jornal de Pediatria, v. nº 81, p. 101–110, 2005.
- ²⁸Francisco RN. Manual de Avaliação Motora. Artmed, 2ª edição. Porto Alegre: 2002.
- ²⁹Brasil, Ministério da Saúde. O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores. Brasília: 2016.
- ³⁰Gallahue D, Donnelly FC. Educação Física Desenvolvimentista para todas as crianças. 4ª ed. São Paulo: Phorte, 2008.
- ³¹Oliveira GC. Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 15ª ed., RJ: Vozes 2010.
- ³²Netto-Oliveira ER, Oliveira AAB, Nakashima ATA, Filho CFRAO, Rechenchosky L, Moraes ACF. Sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. Revista Brasileira de Cineantropometria do Desempenho Humano, 2010,12(2):83-89.
- ³³Eickmann SH, Lima MC, Motta MEFA, Romani SAM, Lira PIC. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. Revista Saúde Pública 2006;40(6):1073-8.
- ³⁴WHO, World Health Organization. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros. 2012, p. 12.
- ³⁵SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Monitoramento do crescimento de RN pré-termos. Documento Científico, v. 1, p. 1–7, 2017b.

- ³⁶Platt LD, Kiserud T, Lindheimer M. Research misconduct and the INTERGROWTH- 21st study. *The Lancet*, v. 390, n. 10099, p. 1025–1026, 2017.
- ³⁷Araújo ATC, Eickmann SH, Coutinho SB. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, v. 13, n. 2, p. 119–128, 2013.
- ³⁸Câmara MAS, Gomes ALG, Lima SNR, Frota LMCP. Aplicabilidade da Escala Motora Infantil Alberta: Experiência com crianças prematuras no Nutep. *Extensão em Ação*, v. 3, p. 67–75, Fortaleza: 2016.
- ³⁹Madaschi V, Paula CS. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, v. v.11, n.1, p. 52–56, 2011.
- ⁴⁰Silva P, Santos D, Gonçalves V. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 10, 2006, p. 225–231.
- ⁴¹Borba LS, VALENTINI NC. Motor and cognitive development of infants of adolescent and adult mothers: longitudinal study. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 2015, p. 438–449.
- ⁴²Oliveira SMS, Almeida CS, Valentini NC. Programa de fisioterapia aplicado no desenvolvimento motor de bebês saudáveis em ambiente familiar. *Rev. Educ. Fís/UEM*, v. 23, 2012, p. 25–35.
- ⁴³Sá MRC, Gomes R. A promoção da saúde da criança : a participação da Fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1079–1088, 2013.
- ⁴⁴Souza AC, Marino MSF. Atuação do Terapeuta Ocupacional com criança com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. *Caderno Ter. Ocup. UFSCar*, 2013, p. 149–153.
- ⁴⁵Magill RA. *Aprendizagem Motora: conceitos e aplicações*. 5ª edição ed. São Paulo: Ed. Blucher, 2000.

Anexos

Quadro 1-Intervenção Motora Infantil

OBJETIVO	HABILIDADES	EXEMPLO DE ATIVIDADES
Coordenação Motora Ampla	Padrões motores fundamentais: Andar, correr, chutar, saltar, galopar, arremessar, receber a bola.	Exemplos: lançar a bola e receber a bola, chutar a bola, arremessar no bambolê (basquete), galopar usando pedal de empurrar, caminhar empurrando o pedal, pular no jump.
Coordenação Motora Fina	Pegar em pinça	brinquedos de encaixe, blocos de montar, empilhar blocos, puxar fitas, desenhar no quadro, descolar bolinhas.
Noção Espacial	Dentro, fora, para cima, para baixo, abrir e fechar.	sair do bambolê, entrar no bambolê, passar por dentro do bambolê, vivo-morto: grande e pequeno ou em cima e embaixo.
Direção	Para frente, para trás, para os lados	Andar para frente, andar de costas, passar por cima ou por baixo da corda, pular por cima da corda
Equilíbrio	Bipodal e unipodal	Imitar estátua: Parar com um pé só, parar com dois pés
Esquema Corporal	Partes do corpo	Alongar tocando na ponta do pé, abraçar as pernas tocando nariz nos joelhos, encostar objetos nas partes do corpo como nariz, bochecha, testa, bater palmas, bater as mãos nos joelhos, ...

Fonte: autores.

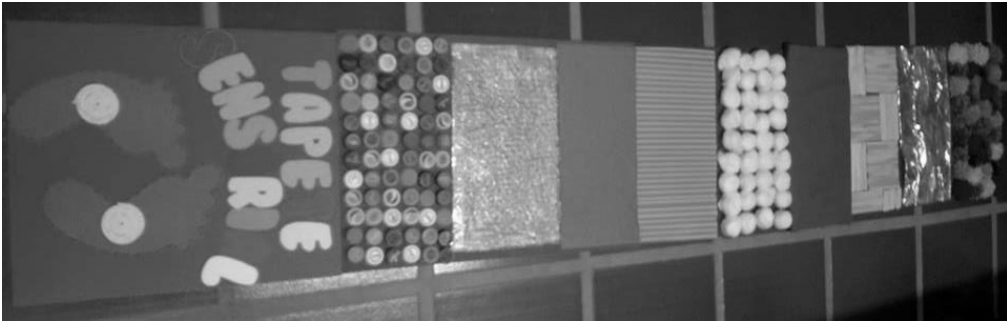


Figura 1-Tapete sensorial.

Estimulação e repetição:

Estimulação e ficar no pé:

Estimulação e reconhecer cores:

DICAS:

Visitar pessoas a qual se ligam?

Para o carrinho do bebê você deve pendurar móveis para estimular o bebê a pegar. Você pode criar com móveis de fim, pospon, entre outros.

Utilize brinquedos com sons e de tamanho que a criança possa levar na boca.

É importante utilizar materiais de diversas texturas para proporcionar diferentes sensações. Você pode criar um tapete ou painel sensorial para seu bebê.

UNICAMP

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Orientações sobre Estimulação Precoce

Dicas para o desenvolvimento motor 0 a 1 ano e meio

Educação Física

Estimulação Precoce

Estimular é mover, ensinar, é levar a criança a aprender através da brincadeira.

É desenvolver as habilidades cognitivas, linguagem, motricidade fina e ampla.

A estimulação é importante para que a criança possa atingir os marcos esperados para idade!

De 0 aos 3 anos é o período fundamental ao desenvolvimento, pois, é nessa fase que se tem maiores respostas aos estímulos, por isso, é preciso oferecer diversas experiências para a criança.

Estimulação e brincar e jogar: utilizar brinquedos coloridos e que possam ser utilizados no carrinho, no coque, etc., no berço.

Estimulação e ganhar força no musculatura e de projeção: utilizar o carrinho de brinquedo para locomover e brincar dia após, segundo o ritmo de tempo para fazer deslocar em frente.

Estimulação e brincar no berço ou cama usando colchonetes, almofadas, bolinhas, bolas, experimentando de girar e balançar no berço.

Estimulação e colorir:

Estimulação e montar:

Figura 2-Folder orientações sobre estimulação precoce.



Figura 3-Painel