

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL E ANOS INICIAIS

**OS REFLEXOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Veronica Jocasta Casarotto

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**OS REFLEXOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL**

por

Veronica Jocasta Casarotto

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação Física Infantil e Anos Iniciais, do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal de Santa Maria (CEFD/UFSM/RS), como requisito para obtenção de grau de

Especialista em Educação Física Infantil e Anos Iniciais

Orientadora: Prof. Cati Reckelberg Azambuja

Santa Maria, RS, Brasil

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL E ANOS INICIAIS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,

aprova a Monografia da Especialização

**OS REFLEXOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL**

elabora por

Veronica Jocasta Casarotto

como requisito parcial para obtenção de grau de

Especialista em Educação Física Infantil e Anos Iniciais

COMISSÃO EXAMINADORA:

Cati Reckelberg Azambuja
(Presidente/Orientador)

Cícera Andréia de Souza
(Examinador/Efetivo)

Sandra Cristina da Veiga Morais
(Examinador/Efetivo)

Mithielle de Araújo Machado
(Examinador/Suplente)

Santa Maria, 28 de fevereiro de 2015

RESUMO

ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL E ANOS INICIAIS
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

OS REFLEXOS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL

AUTOR: Veronica Jocasta Casarotto

ORIENTADORA: Cati Reckelberg Azambuja

Data e local da defesa: Santa Maria, 28 de fevereiro de 2015.

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar crianças da primeira infância na educação infantil. Para atingir os objetivos propostos contamos com a colaboração de dez mães e bebês residentes no Município de Santa Maria/RS. Para sua realização, utilizamos pesquisa transversal com abordagem descritiva de cunho quanti-qualitativo. O instrumento metodológico utilizado foi um questionário procurando coletar informações pessoais da mãe e do bebê, além de avaliações dos reflexos dos bebês. As avaliações aconteceram no primeiro e no sexto mês. Os dados foram analisados através da estatística descritiva (média desvio-padrão e porcentagem). Das dez avaliações realizadas, três tiveram algum tipo de alteração. Dessas alterações, aquela que inspirara mais atenção é o reflexo tônico, pois esse aparece em torno do 3º mês sendo inibido no 6º mês, caso isso não ocorra pode alterar algumas tarefas como rolar, levantar, coordenação de olhos e mãos e alguns movimentos de girar. Confiamos que ao frequentarem a educação infantil os bebês sejam estimulados, pois muitas vezes as mães por falta de informação não tem a percepção que o crescimento e desenvolvimentos dos bebês estejam atrasados.

Palavras-Chaves: reflexos; crescimento e desenvolvimento; educação infantil.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate early childhood children in early childhood education. To reach the goals we had the collaboration of ten mothers and babies living in the city of Santa Maria / RS. For its realization, we use cross-sectional survey with descriptive approach of quantitative and qualitative nature. The methodological instrument used was a questionnaire seeking to collect personal information from the mother and baby, as well as reviews of the reflexes of babies. The evaluations took place in the first and sixth month. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation percentage). Of the ten assessments carried out, three had some type of change. Of these changes, one that inspired more attention is the reflection tonic, because that appears around the 3rd month being inhibited at 6 months, if it occurs can not change some tasks like rolling stand, coordination of eyes and hands and some movements spinning. We trust that to attend kindergarten babies are stimulated as they often mothers for lack of information does not have the perception that the growth and development of babies are late.

Key Words: reflections; growth and development; early childhood education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Cálculo do Índice de Apgar	17
Tabela 2: Aparição e Inibição dos Reflexos de 0 a 12 meses	29
Tabela 3: Avaliação dos Reflexos dos bebês 1,2,4,6,8,9, e 10.....	38
Tabela 4: Avaliação dos Reflexos do Bebê 3	39
Tabela 5: Avaliação dos Reflexos do Bebê 5	40
Tabela 6: Avaliação dos Reflexos do Bebê 7	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 : Tipo de Parto das Mães	35
Gráfico 2 : Gênero dos Bebês.....	36
Gráfico 3 : Tipo de Alimentação dos Bebês.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de desenvolvimento motor durante o ciclo da vida.....	20
Figura 2: Reflexo de Moro – a) Fase da extensão; b) Fase da flexão.....	22
Figura 3: Reflexo de Preensão Palmar.....	23
Figura 4: Reflexo de preensão plantar.....	23
Figura 5: a) Reflexos tônicos assimétrico do pescoço; b) Reflexo tônico simétrico do pescoço.....	24
Figura 6: a) Ereto; b) Inclinado para trás; c) Posição pronada.....	25
Figura 7: Reflexo de levantamento.....	25
Figura 8: Reflexo de amortecimento.....	26
Figura 9: a) reflexo corretivo do pescoço; b) reflexo corretivo do corpo.....	27
Figura 10: Reflexo de engatinhar.....	27
Figura 11: Reflexo inicial de caminhar.....	28

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	49
Apêndice B - Questionário	52

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos.....	13
1.1.1 Objetivo Geral.....	13
1.1.2 Objetivos Específicos.....	13
1.2 Justificativa.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 GRAVIDEZ	14
2.1.1 Parto Cesárea.....	15
2.1.2 Parto Normal	16
2.1.3 Índice de Apgar	17
2.2 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	18
2.2.1 Teoria Maturacional - Arno Lucius Gesell	18
2.2.2 Teoria do Desenvolvimento Cognitivo - Jean Piaget.....	18
2.2.3 Teoria Psicossocial do Desenvolvimento - Erick Erikson	19
2.2.4 Teoria das Tarefas Desenvolvimentistas - Robert Havighurst.....	19
2.2.5 Teoria Ecológica - Roger Barker	19
2.2.6 Teoria dos Sistemas Ecológicos.....	19
2.2.7 O modelo de desenvolvimento motor por David Gallahue e John Ozmun.....	19
2.2.8 Os reflexos no crescimento e desenvolvimento da criança.....	21
2.2.8.1 Reflexo de Moro.....	21
2.2.8.2 Reflexo de busca	22
2.2.8.3 Reflexo de sucção.....	22
2.2.8.4 Reflexo de Preensão Palmar.....	22
2.2.8.5 Reflexo de Babinski	23
2.2.8.6 Reflexo de preensão plantar	23
2.2.8.7 Reflexos tônicos assimétrico e simétrico do pescoço	24
2.2.8.8 Reflexos corretivos labirínticos.....	24
2.2.8.9 Reflexos corretivos visuais.....	25
2.2.8.10 Reflexo de levantamento dos Braços	25
2.2.8.11 Reflexo de amortecimento e de apoio	26

2.2.8.12 Reflexo corretivo do pescoço	26
2.2.8.13 Reflexo corretivo do corpo.....	26
2.2.8.14 Reflexo de engatinhar.....	27
2.2.8.15 Reflexo de caminhar.....	28
2.2.8.16 Reflexo de nadar.....	28
2.3 EDUCAÇÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO FÍSICA E SEUS ASPECTOS LEGAIS. ...	29
2.4 EDUCAÇÃO FÍSICA E A PSICOMOTRICIDADE.....	30
3.METODOLOGIA.....	32
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	34
4.1 Perfil das mães e bebês	34
4.2 Avaliação dos Reflexos: crescimento e desenvolvimento na educação infantil/educação física.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção infantil sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social (BRASIL, 2002). No crescimento as crianças crescem seguindo um padrão característico universal para todos e resistente a influências externas, salvo em condições extremas que podem alterar esse padrão (desnutrição severa, doenças genéticas, etc.). Quando fatores agressores provocam pequenas interrupções no ritmo normal do crescimento este, é compensado por um processo chamado crescimento autoregulador que compensará esses pequenos desvios no padrão de crescimento. No entanto, quando os desvios são maiores, essa capacidade de compensar esses desvios pode não ocorrer, principalmente na vida pós natal e durante a infância, pois esses caracterizam-se por ser um período de grandes mudanças físicas (GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

Geralmente o desenvolvimento da maturação do Sistema Nervoso Central apresenta uma sequência ordenada e previsível do desenvolvimento físico, denominado céfalo-caudal, uma vez que o controle muscular ocorre no sentido da cabeça para o tronco. Na fase dos movimentos reflexos e rudimentares, evidencia-se o ganho de tônus e controle no sentido cabeça-tronco. Quando o controle da musculatura ocorre do centro do corpo para as extremidades (mãos e pés), denominamos de sentido próximo-distal (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

O desenvolvimento motor (DM) é a alteração no comportamento motor ao longo do ciclo de vida do ser humano. Para Malina (2004) o desenvolvimento motor é o processo através do qual o recém-nascido (RN) adquire padrões de movimentos e habilidades, sendo este um processo contínuo de modificações. Segundo Gabbard (1992) o desenvolvimento motor é o estudo do comportamento motor e o processo de mudanças biológicas associadas ao movimento humano durante o ciclo de vida.

Os autores Gallahue, Ozmun e Goodway (2013) apontam que inúmeros aspectos podem influenciar o desenvolvimento, como a etnia, o gênero e classe social, uma vez que o desenvolvimento não é um processo estático. Como já destacado, são fatores ambientais e biológicos que determinam esse processo, mas alguns fatores que alteram as mudanças no desenvolvimento físico merecem destaques, pois têm uma componente sociocultural muito forte.

É na educação infantil que as crianças tem a possibilidade de desenvolver os meios essenciais para o desenvolvimento integral de suas capacidades fundamentais, de acordo com suas necessidades físicas e psicológicas. Segundo Kramer (2005) a educação infantil das

crianças de zero a seis anos, tem a finalidade de valorizar os conhecimentos prévios e garantir a aquisição de novos conhecimentos. Essa finalidade se cumpre, mediante a presença de um profissional capacitado, que reconheça as características da infância: aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivos e sociais da criança.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever as características dos nascimentos de um hospital público do município de Santa Maria/RS, avaliando o crescimento e desenvolvimento até os seis meses.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil das mães e dos bebês;

Avaliar os reflexos dos bebês no 1º e 6º mês;

Analisar o crescimento e desenvolvimento dos bebês no 1º e 6º mês.

1.2 Justificativa

Estudos realizados por (LAUCHT; ESSER; SCHMIDT, 2002; CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001; LINHARES et al., 2004), indicam que crianças nascidas pré-termo apresentaram mais problemas na área cognitiva, motora, e comportamento em comparação com aquelas nascidas a termo.

A somatória de diferentes riscos, aumentam consideravelmente as chances da criança apresentar problemas no seu desenvolvimento (LINHARES,2004). O desenvolvimento é o resultado da interação entre as características biológicas da criança e os seus fatores culturais e sociais, podendo sofrer a influência de diversos fatores que podem provocar variações de um indivíduo para o outro.

Entendemos que os primeiros anos de vida são importantíssimos para a criança adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades. Para tanto, faz-se necessário promover o desenvolvimento infantil.

Dessa maneira, a realização desta pesquisa permite compreender que se a concepção do feto não for de maneira adequada acarretará em problemas posteriores no seu crescimento e desenvolvimento, afetando a aprendizagem quando as crianças estiverem na educação infantil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GRAVIDEZ

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DEBEM ; WAGNER, 2006).

A gestação, o parto e o puerpério constituem experiências humanas das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (BRASIL, 2001). Segundo Faúndes et al. (2008) a gravidez e o parto são acontecimentos que se distanciam de atos meramente biológicos, por serem imersos em aspectos políticos, econômicos e sociais que se refletem nos valores culturais de uma sociedade.

Neste período a mulher passa por alterações no seu corpo, tais como: alterações musculoesqueléticas, hormonais, cardiovasculares, respiratórias, tegumentares, gastrointestinais e urogenitais. Estas são fundamentais para regular o metabolismo materno, ajudar no crescimento fetal e preparar a mulher para o momento de trabalho de parto e para a lactação (MANN et al., 2011; VALLIM et al., 2011; PITANGUI; FERREIRA, 2008; SANTOS; GALLO, 2010).

Alterações hormonais promovem maior flexibilidade e extensibilidade das articulações e aumento de retenção hídrica, afetando o sistema músculo esquelético; e com o deslocamento do centro de gravidade, o aumento do abdômen e das mamas ocorre alterações posturais na gestante (FABRIN; CRODA; OLIVEIRA, 2010). Os quatro hormônios que desempenham um papel importante para a mãe e para o feto, são os hormônios estrogênio e progesterona, gonadotrofina coriônica e a somatomatotropina coriônica humana (GUYTON, 1998).

No sistema cardiovascular, o volume sanguíneo aumenta progressivamente de 35% a 50% no período da gestação e retorna ao normal cerca de 6 a 8 semanas após o parto (BIM; PEREGO, 2002). Já no sistema respiratório, o útero em crescimento modifica a posição de repouso do diafragma e a configuração do tórax. A dispnéia tem sido relatada como característica bastante comum, ocorrendo em cerca de 60% a 70% das gestantes, sendo mais intensa no terceiro trimestre (LEMOS et al., 2005). Ainda, as gestantes podem ser acometidas por dermatoses próprias deste período, alterações pigmentares e alterações do tecido

conjuntivo, como por exemplo, as estrias, alterações dos pelos e unhas e aparecimento de acne (URASAKI, 2010).

No sistema gastrointestinais, o estômago devido ao aumento do útero, que modifica o ângulo da junção gastroesofágica, ocasionando retardo no esvaziamento gástrico, propiciando a ocorrência de refluxo gastroesofágico. O crescimento uterino comprime as estruturas pelvianas, contribuindo para a dilatação dos cálices renais, pelve e ureteres, responsável pela estase urinária que frequentemente leva a infecção do trato urinário durante a gravidez (REIS, 1993).

2.1.1 Parto Cesárea

A possibilidade da dor no parto fazer com que algumas mulheres optem por uma cirurgia, talvez porque a ênfase cultural da dor do parto natural é maior e mais difundida do que a dor da cesárea. O medo da dor ganha força e legitimidade através da medicalização, pois a cesárea nos é apresentada como segura, inócua e desvinculada da dor (CASTILHO et al., 2010). A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um recurso utilizável quando surge algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Nos últimos anos foi possível perceber que os estudos demonstram uma incidência maior para o parto cesárea, tanto pela preferência da mãe quanto a do médico, por algumas vezes ser um procedimento mais seguro.

Entre os fatores que influenciam a opção por um parto cesáreo têm sido relatados: (a) a organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico, decorrente de treinamento insuficiente na gama de variações que ocorrem durante o desenrolar de um parto normal; (b) fatores institucionais ligados à forma de pagamento e à exclusão do pagamento de anestesia peridural para partos vaginais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), situação já revista pelo Ministério da Saúde, mas não modificada em todos os hospitais; (c) a esterilização cirúrgica, realizada frequentemente durante cesáreas eletivas; e (d) fatores socioculturais, que levariam à preferência, por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, por um parto cirúrgico, tais como: medo da dor no parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea, sendo esta última considerada a forma mais “moderna” de se ter filhos (FAUNDES e CECATTI, 1991; RATTNER, 1996).

2.1.2 Parto Normal

A modernidade, com a extensão das tecnociências e da farmacologia, imprime um caráter cada vez menos natural o parto, muitas vezes a parturiente não sabe como usar o seu próprio corpo para o parto vaginal, ou seja, incentivando a ser realizado o parto cesárea. Muitas vezes a mulher tem todas as possibilidades de realizar um parto vaginal, mas prefere por uma cesárea, mas conforme o Ministério da Saúde está sendo realizado pesquisa com fortes evidências para ser uma preferência do parto vaginal. O Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador, implantou um conjunto de ações por meio de Portarias Ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica na realização do parto normal sem distocia, aplicando práticas baseadas em evidências (BRASIL, 2001).

Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições. Entretanto, como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, várias recomendações deste documento também se aplicam à assistência dessas mulheres (OMS, 2009).

Existe dois tipos de parto vaginal: parto natural e o parto normal (tradicional). No parto natural tudo ocorre naturalmente, sem dificuldades e sem qualquer intervenção.

No parto normal algumas intervenções podem ser realizadas, como o corte na vagina, a colocação de soro na veia, a raspagem dos pelos, a lavagem intestinal, a suspensão da alimentação, o repouso na cama hospitalar, e até o uso de fórceps que é realizado também via vaginal, mas se utiliza um instrumento semelhante a uma colher, que é colocado nos lados da cabeça do bebê para ajudar o obstetra a retirá-lo do canal de parto (COREN, 2010).

O trabalho de parto normal é dividido em três estágios: o primeiro inicia-se com contrações regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino; o segundo começa quando o colo uterino atinge sua dilatação máxima e termina com a saída completa do bebê; e o terceiro e último é caracterizado pelo desprendimento da placenta da parte uterina (BARACHO, 2007).

Entre as ações de saúde pública, a Rede de atenção à saúde da mulher e da criança – Rede Cegonha tem dentre suas prioridades promover a saúde materna, neonatal e infantil; ampliar o acesso das mulheres e das crianças usuárias do SUS as ações e aos serviços de saúde, reduzir a mortalidade materna e neonatal evitável; implementar um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento com base em evidências científicas e nos princípios da humanização; instituir a linha de cuidado materno-infantil (BRASIL, 2011). Desta forma, as

ações programáticas deste Projeto estão embasadas na Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM), a qual traz como proposição as ações de assistência pré-natal, ao parto e puerpério (BRASIL, 2004).

2.1.3 Índice de Apgar

A precursora do índice de apgar foi à médica Virginia Apgar, ela sentiu-se a necessidade em avaliar os recém-nascidos, então nos anos de 1949 a 1952, chegou a cinco pontos-chave para a avaliação da vitalidade do recém-nascido. É iniciada a contagem do tempo e avaliamos o índice de Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida do RN.

Conforme descrito na Atenção à Saúde do Recém Nascido (BRASIL, 2011), a avaliação da vitalidade do RN varia de 0 a 10, composta por cinco itens: frequência cardíaca (ausente: 0; < 100/min: 1; > 100/min: 2); respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; forte/choro: 2); irritabilidade reflexa (ausente: 0; algum movimento: 1; espirros/choro: 2); tônus muscular (flácido: 0; flexão de pernas e braços: 1; movimento ativo/boa flexão: 2); cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidades: 1; rosado: 2). Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e temos o total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima de 10.

Tabela 1: Cálculo do Índice de Apgar

Pontos	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100/minuto	>100/minuto
Respiração	Ausente	Fraca, irregular	Forte/Choro
Irritabilidade Reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/ Boa flexão
Cor	Cianótico/Pálido	Cianose de extremidades	Rosado

Fonte: Dados para fins de exemplificação.

Os resultados do índice de Apgar de uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns

minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia (falta de oxigenação).

O boletim Apgar de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica. Já o Apgar de quinto minuto são considerados mais acurados, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (sequela neurológica ou morte) (BRASIL, 2006).

2.2 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Propomos aqui apresentar várias teorias do desenvolvimento em especial desde a concepção do ser humano até sua primeira infância.

2.2.1 Teoria Maturacional - Arno Lucius Gesell

O autor Gesell (2008) acreditou que a menos que certas características biológicas e neurológicas estejam suficientemente desenvolvidas (maduras), pode ser inútil praticar certas habilidades filogenéticas. Por outro lado, aprendizagem e experiência são necessárias para a existência de comportamentos ontogenéticos. A aplicação da teoria maturacional ainda pode ser encontrada nas figuras que ilustram como a locomoção se desenvolve do rolar ao caminhar. Muito de seus estudos normativos continuam referencia para o acompanhamento da criança em seus primeiros anos de vida.

2.2.2 Teoria do Desenvolvimento Cognitivo - Jean Piaget

O Estágio sensório-motor (nascimento aos dois anos). A criança desenvolve um conjunto de esquemas de ação sobre o objeto que lhe permite construir um conhecimento físico da realidade. Neste período a criança desenvolve o conceito de permanência dos objetos e constrói esquemas sensório-motores (PÁDUA, 2009). Além disso, ela é capaz de fazer imitações e construir representações mentais que se tornam cada vez mais complexas. Possui como característica nesta fase a construção do significado do seu mundo pela coordenação de experiências sensoriais com o movimento. Nesta fase, conforme Biaggio (2000), o mais importante da contribuição teórica está na importância das atividades como fundamento de toda a atividade intelectual superior futura.

2.2.3 Teoria Psicossocial do Desenvolvimento - Erick Erikson

A confiança básica versus a desconfiança básica que vai de (0 – 18 meses); a criança pequena é substancialmente dependente das pessoas que a cuidam. Estes cuidados envolvem a alimentação, higiene pessoal, locomoção e o aprendizado de palavras e seus significados. Além disso, é dependente dos outros para receber que existe um mundo ao seu redor. O amadurecimento ocorre de forma equilibrada se a criança sentir que tem segurança e afeto, adquirindo confiança nas pessoas e no mundo. Neste sentido, os cuidadores ou responsáveis possuem um papel determinante neste estágio (HALL, 2000).

2.2.4 Teoria das Tarefas Desenvolvimentistas - Robert Havighurst

Tarefas de desenvolvimento da infância e primeira infância (do nascimento aos 5 anos): aprender a andar; aprender a ingerir alimentos sólidos; aprender a falar; aprender a controlar a eliminação de resíduos corporais; aprendizagem diferenças de sexo e o recato sexual; formar conceitos e aprender a linguagem para descrever a realidade social e física; aptidão para a leitura e aprender a distinguir o certo do errado e desenvolver uma consciência (KREBS, 1995).

2.2.5 Teoria Ecológica - Roger Barker

O autor Barker ressalta a importância em considerarmos o ambiente físico e os limites do tempo de um ambiente comportamental na formação do comportamento esperado. Isso significa dizer, que dependendo das condições físicas e do tempo de um determinado ambiente comportamental, há de se esperar comportamentos específicos (CARNEIRO; BINDÉ, 1997).

2.2.6 Teoria dos Sistemas Ecológicos

Essa estrutura teórica inclui tanto atributos biológicos e psicológicos, tais como a herança genética individual e a personalidade, denominados de propriedades da pessoa, bem como as propriedades circundantes nos ambientes imediatos, como fatores físicos, sociais e culturais na qual o ser humano vive, tais como a família, a escola e a vizinhança (BRONFENBRENNER, 1996).

2.2.7 O modelo de desenvolvimento motor por David Gallahue e John Ozmun

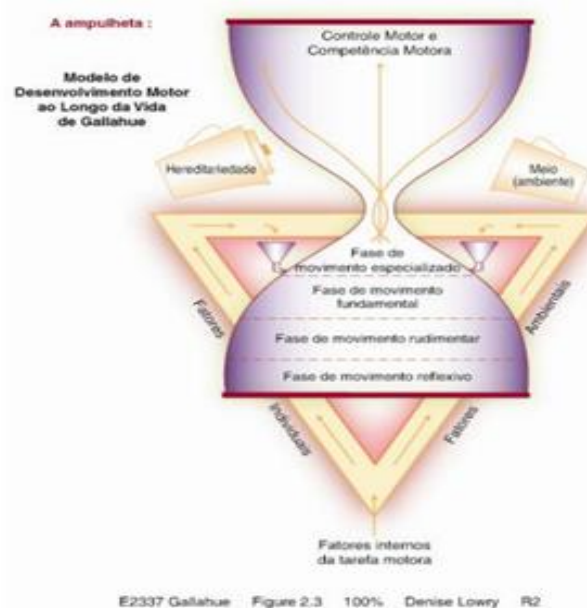
A progressão sequencial do desenvolvimento motor nos primeiros anos de vida é bastante rígida e resistente a alterações, exceto em ambientais extremos. Portanto, sabemos, nas duas primeiras fases do desenvolvimento motor, que a sequência de desenvolvimento é

altamente previsível. Por exemplo, crianças no mundo inteiro aprendem a sentar-se antes de ficar em pé, a ficar em pé antes de caminhar e a caminhar antes de correr. Mas realmente nota-se considerável variabilidade nos níveis em que as crianças pequenas adquirem suas habilidades motoras rudimentares.

O nível da aquisição de habilidades motoras é variável desde o período pós natal até o final da vida. Seja bebê, criança, adolescente ou adulto, quem receber oportunidades adicionais para a prática, o encorajamento e a instrução em um ambiente propício ao aprendizado terá a possibilidade de adquirir as habilidades motoras. A ausência desses recursos ambientais (fatores de habilitação) inibirá a aquisição de habilidades motoras. Além disso, o nível de aquisição variará, dependendo das exigências mecânicas e físicas de cada tarefa. Se um bebê não tiver bastante apoio (recurso) em seu ambiente que possibilite a ele a impulsão necessária para ficar em pé, terá que esperar até que tenha desenvolvido suficientemente o equilíbrio e a força nas pernas antes de que seja capaz de colocar-se em posição ereta sem auxílio (GALLAHUE & OZMUN, 2005).

Na ampulheta proposta Gallahue & Ozmun (2005) (FIGURA 1), está apresentado que a primeira fase de movimento, ou seja, o primeiro movimento são os reflexos, posteriormente a estes passara para fase de movimento rudimentar. E que além de cada fase do desenvolvimento motor ainda tem dois componentes importantes que contribuem nessas fases que são a hereditariedade e o meio ambiente.

Figura 1: Modelo de desenvolvimento motor durante o ciclo da vida.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8 Os reflexos no crescimento e desenvolvimento da criança

O crescimento e desenvolvimento são processos dinâmicos e contínuos que tem desde sua origem, e estende-se ao longo de toda sua vida.

O crescimento é o aumento físico do corpo como um todo ou em suas partes; aumento do tamanho ou do número de células. E o desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas (MARCONDES et al. 1991).

Há vários fatores determinantes no crescimento e desenvolvimento da criança. Os fatores intrínsecos (individual); extrínsecos (ambiente e condições de vida); genéticos (herança genética); neuroendócrinos (funções metabólicas do corpo) e por último fatores ambientais (pré e pós natal). A criança se desenvolve desde o momento da sua concepção, conforme foram esses fatores.

Nos trabalhos de Gallahue; Ozmun (2001), Harrow (1983) e Gabbard (2008), os primeiros movimentos que a criança faz são classificados como reflexos, movimentos involuntários controlados subcorticalmente, ao passo que, possivelmente venham a formar as fases do desenvolvimento motor.

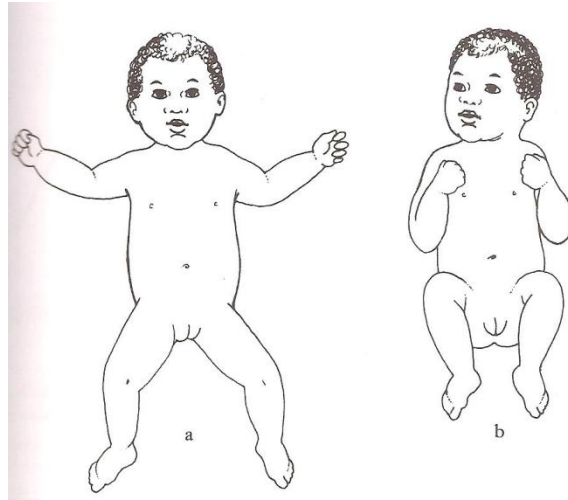
Os reflexos também dependem de estímulos diversos provenientes do meio externo, como som, luz, toque ou posição do corpo (MALINA; BOUCHARD 2002). Alguns dos reflexos são bastante simples e mediados ao nível da medula espinhal, outros são mais complexos e exigem a integração dos centros do tronco cerebral, os labirintos, e outros centros nervosos em desenvolvimento (GABBARD, 2008). Segundo Gallahue; Ozmun (2001), os reflexos são inibidos antes do aparecimento dos movimentos das atividades locomotoras, isso corresponde a maturação do sistema nervoso.

Os reflexos precoces estão relacionados com a sobrevivência infantil como os reflexos primitivos de sobrevivência. Os reflexos primitivos são relacionados com a alimentação e proteção da criança, desde a vida fetal até o primeiro ano de vida. De acordo com Gallahue; Ozmun (2005), os reflexos são:

2.2.8.1 Reflexo de Moro

A criança é colocada em posição supino e bater levemente abdômen, ou realizado um barulho, o reflexo de moro há flexão dos braços e expansão dos dedos, as pernas e dedos dos pés e esta presente do nascimento até os seis meses, se o reflexo persistir além de seis meses significa disfunção neurológica e/ou reflexo for assimétrico pode indicar paralisia de Erb ou lesão de um membro (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 2).

Figura 2: Reflexo de Moro – a) Fase da extensão; b) Fase da flexão.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.2 Reflexo de busca

O reflexo de busca com a estimulação da área ao redor da boca faz com que a criança leve sua cabeça em direção ao estímulo (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

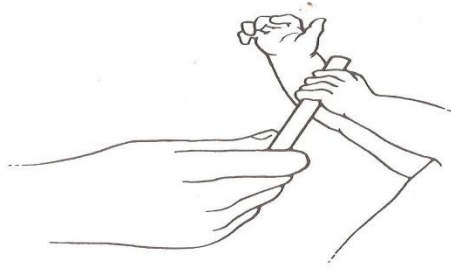
2.2.8.3 Reflexo de sucção

O reflexo da sucção tem duas fases: a expressiva (o mamilo é pressionado entre a língua e o palato) e a sucção (pressão negativa na cavidade bucal). Esse reflexo pode persistir até o final do primeiro ano de vida, mas no terceiro mês ele desaparece e persiste como reação voluntária (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

2.2.8.4 Reflexo de Prensão Palmar

Nos dois meses, as mãos da criança são bem fechadas, quando estimuladas a palma da mão eles pegam um objeto, e apertão tão forte que podem segurar o peso do próprio corpo. Esse reflexo persiste até os quatro primeiros meses de vida, se esse reflexo for além deste período pode ser um retardo no desenvolvimento motor ou de hemiplegia quando for só de um lado (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 3).

Figura 3: Reflexo de Preensão Palmar.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

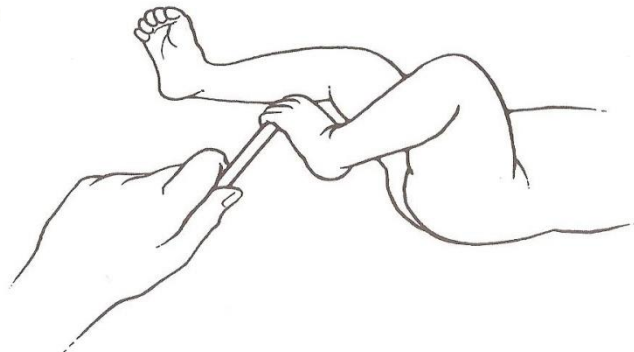
2.2.8.5 Reflexo de Babinski

O reflexo de Babinski é provocado por uma batida na sola do pé o que causa distensão nos dedos; após maturação do sistema neuromuscular amadurece este reflexo se transforma em reflexo plantar. O reflexo de Babinski está presente no nascimento e é substituído no quarto mês pelo plantar que pode persistir até um ano de idade da criança, se o reflexo de Babinski for além do sexto mês a criança pode estar com falha no desenvolvimento (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

2.2.8.6 Reflexo de preensão plantar

Pode ser mais facilmente provocado quando se pressiona os polegares contra a parte de trás dos dedos do pé do bebê, ou até mesmo um objeto (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 4).

Figura 4: Reflexo de preensão plantar.



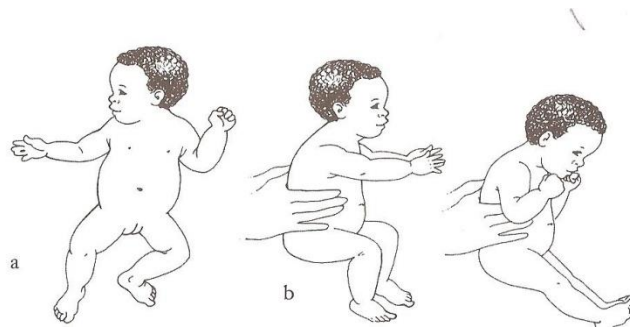
Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.7 Reflexos tônicos assimétrico e simétrico do pescoço

O reflexo tônico assimétrico a criança e colocada em posição supina, e o pescoço é virado de maneira que a cabeça fique de frente para um dos lados. Os braços assumem posição similar à posição do esgrima “em guarda”, isto é o braço estende-se do lado do corpo, na direção em que a cabeça esta voltada, e outro assume posição de flexão; os membros inferiores assumem posição similar a dos braços. O reflexo tônico simétrico pode ser provocado em uma posição sentada e apoiada, se a cabeça e os braços flexionam as pernas estenderam.

Em torno do quatro meses a criança assume a posição assimétrica, se persistir além de seis meses a indicação de falta do controle dos centros cerebrais superiores sobre os centros inferiores (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 5).

Figura 5: a) Reflexos tônicos assimétrico do pescoço; b) Reflexo tônico simétrico do pescoço.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

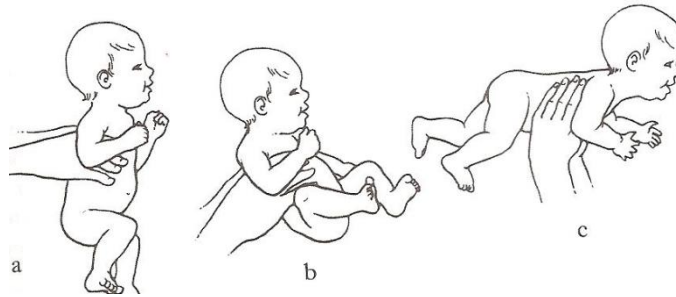
2.2.8.8 Reflexos corretivos labirínticos

São observados quando o bebê é segurado em posição ereta, inclinando-o para frente, para trás ou para o lado. Este reflexo faz com o bebê mantenha a cabeça ereta movendo-a em sentido oposto ao do deslocamento de seu tronco. O reflexo corretivo labiríntico se estende do segundo ao sexto mês, já o corretivo visual se estende do sexto até o décimo segundo mês (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 6).

2.2.8.9 Reflexos corretivos visuais

Este apresenta-se igual ao anterior, exceto pelo fato de que os olhos podem ser observados acompanhando a direção para cima da cabeça (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 6).

Figura 6: a) Ereto; b) Inclinado para trás; c) Posição pronada.

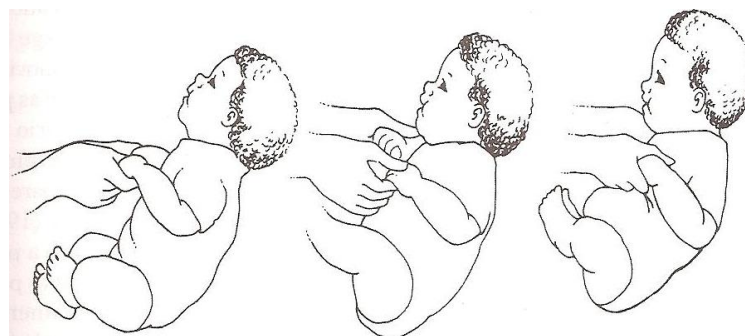


Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.10 Reflexo de levantamento dos Braços

Consiste na tentativa involuntária do bebê em manter-se na posição ereta mediante um estímulo que desloca-o para frente ou para trás fazendo com que o mesmo levante seus braços para permanecer ereta. O reflexo de levantamento pode ser percebido entre o terceiro e quarto mês e se estende durante o primeiro ano de vida (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 7).

Figura 7: Reflexo de levantamento.

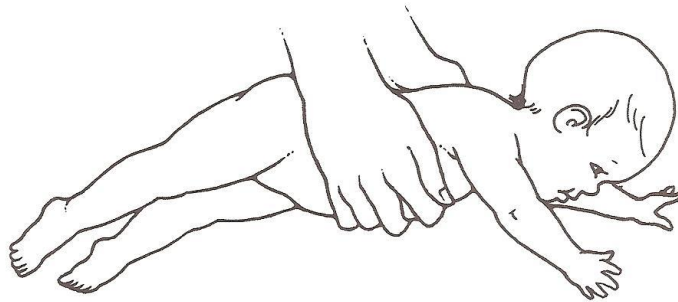


Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.11 Reflexo de amortecimento e de apoio

Consistem de movimentos protetores dos membros na direção em que a força se desloca. Estes reflexos ocorrem mediante a uma súbita força de deslocamento ou quando o equilíbrio não pode mais ser mantido. O reflexo de amortecimento é observado quando o bebê é posicionado verticalmente no ar e então inclinado em direção ao solo. A reação do bebê é estender os braços para baixo como se estivesse “amortecendo” a queda. O reflexo de apoio pode ser observado desequilibrando o bebê da posição sentada, ocorrendo então, a reação de apoio lateral. O reflexo de amortecimento ocorre por volta do quarto mês, já o reflexo de apoio lateral é observada a partir do sexto mês e a reação para trás entre o décimo e o décimo segundo mês. Essas reações tendem a persistir após o primeiro ano e são importantes para o bebê aprender a andar (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 8).

Figura 8: Reflexo de amortecimento.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

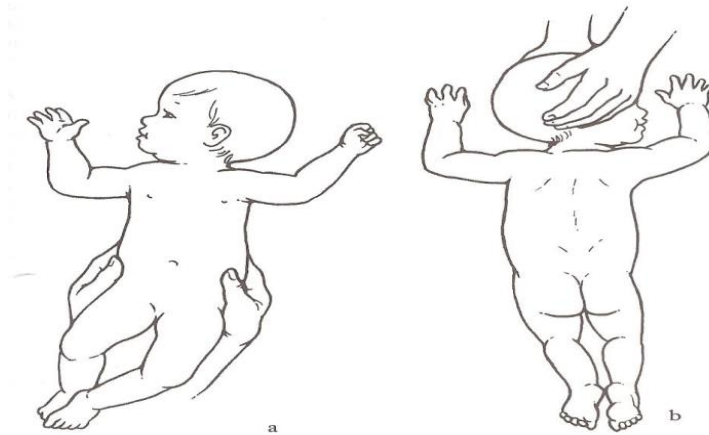
2.2.8.12 Reflexo corretivo do pescoço

O reflexo corretivo do pescoço ocorre quando o bebê é colocado na posição supina com a cabeça voltada para um lado provocando a reação, no restante do corpo, de mover-se reflexivamente na mesma direção da cabeça. Este reflexo persiste até o sexto mês (GALLAHUE ; OZMUN, 2005).

2.2.8.13 Reflexo corretivo do corpo

O reflexo corretivo do corpo ocorre exatamente o oposto. Este reflexo aparece por volta do sexto mês e persiste até, aproximadamente o décimo oitavo mês e forma a base para o rolamento voluntário que ocorre ao final do quinto mês (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 9).

Figura 9: a) reflexo corretivo do pescoço; b) reflexo corretivo do corpo.

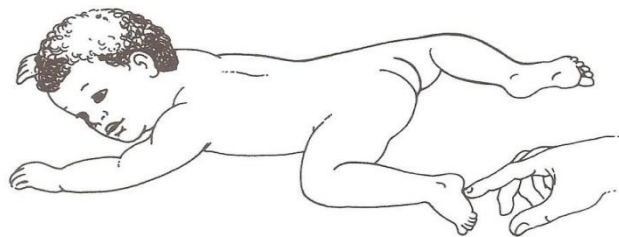


Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.14 Reflexo de engatinhar

Consiste de posicionar o bebê de forma inclinada e aplicar uma pressão na sola de seus pés. A reação ocorre instantaneamente e o bebê engatinha usando tanto os membros inferiores quanto os superiores. Este reflexo está presente no nascimento e se estende até o terceiro ou quarto mês (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

Figura 10: Reflexo de engatinhar.

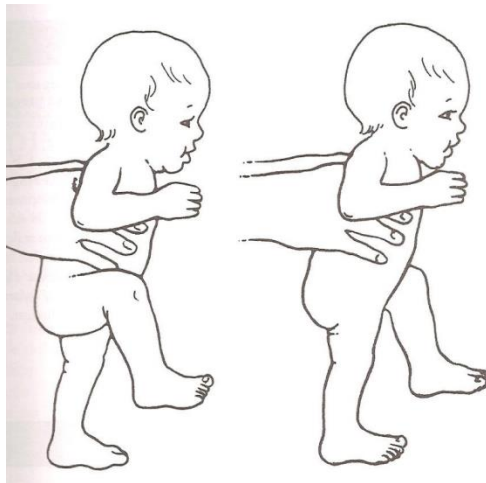


Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.15 Reflexo de caminhar

Normalmente presente nas primeiras semanas e desaparece por volta do quinto mês. A criança, segura ereta, com peso corporal colocado para a frente em superfície plana, vai reagir “caminhando” para a frente. Esse movimento de caminhada envolve somente as pernas (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (FIGURA 11).

Figura 11: Reflexo inicial de caminhar.



Fonte: GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.2.8.16 Reflexo de nadar

Consiste de posicionar o bebê de forma inclinada imerso na água ou em um nível um pouco acima. A reação mostra movimentos rítmicos de extensão e flexão de natação nas pernas e braços. Este reflexo normalmente desaparece por volta do quarto mês (GALLAHUE; OZMUN, 2005) (TABELA 2).

Tabela 2: Aparição e Inibição dos Reflexos de 0 a 12 meses

REFLEXOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reflexo de Engatinhar	X	X	X	X									
Reflexo de Sucção	X	X	X	X									
Reflexo de Babinski	X	X	X	X									
Reflexo de Caminhar	X	X	X	X	X								
Reflexo de Nadar	X	X	X	X	X								
Reflexo de Preensão Palmar	X	X	X	X	X								
Reflexo de Corretivo do Pescoço	X	X	X	X	X	X	X						
Reflexo de Moro	X	X	X	X	X	X	X						
Reflexo de Busca	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Reflexos tônicos				X	X	X	X						
Reflexo de Corretivo Labiríntico			X	X	X	X	X						
Reflexo de Corretivo Visual								X	X	X	X	X	X
Reflexo de Corretivo do Corpo								X	X	X	X	X	X
Reflexo de Amortecimento e Apoio						X	X	X	X	X	X	X	X
Reflexo de Preensão Plantar						X	X	X	X	X	X	X	X
Reflexo de Levantamento dos Braços				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Baseada na tabela do livro de GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

2.3 EDUCAÇÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO FÍSICA E SEUS ASPECTOS LEGAIS.

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica e tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos de idade em seus aspectos físico, afetivo, intelectual, linguístico e social, complementando a ação da família e da comunidade (BRASIL,1996). Alguns outros artigos relatam como é oferecida a educação infantil.

O Art. 30. Indica que a Educação Infantil será oferecida em: creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade; pré-escolas, para crianças de quatro a seis anos de idade.

No Art. 31. Observa-se que na educação infantil a avaliação far-se-á mediante acompanhamento e registro de seu desenvolvimento, sem o objetivo de promoção, mesmo para o acesso ao ensino fundamental.

As características indicadas no Referencial Curricular Nacional em relação à educação infantil são: o respeito à dignidade e aos direitos das crianças, consideradas nas suas diferenças individuais, sociais, econômicas, culturais, étnicas, religiosas etc; o direito das crianças a brincar, como forma particular de expressão, pensamento, interação e comunicação infantil; o acesso das crianças aos bens socioculturais disponíveis, ampliando o desenvolvimento das capacidades relativas à expressão, à comunicação, à interação social, ao

pensamento, à ética e à estética; a socialização das crianças por meio de sua participação e inserção nas diversas práticas sociais, sem discriminação de espécie alguma; o atendimento aos cuidados essenciais associados à sobrevivência e ao desenvolvimento de sua identidade; a estes princípios cabe salientar que as crianças têm direito, antes de tudo, de viver experiências prazerosas nas instituições.

Nos objetivos gerais que o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil, não há uma referência explícita à educação física, mas sim, que dizem respeito ao “corpo” e ao “movimento”, tais como: descobrir e conhecer progressivamente seu próprio corpo, suas potencialidades e seus limites, desenvolvendo e valorizando hábitos de cuidado com a própria saúde e bem-estar; brincar, expressando emoções, sentimento, pensamentos, desejos e necessidades; utilizar as diferentes linguagens (corporal, musical, plástica, oral e escrita) ajustadas às diferentes intenções e situações de comunicação, de forma a compreender e ser compreendido, expressar suas idéias, sentimentos, necessidades e desejos e avançar no seu processo de construção de significados enriquecendo cada vez mais sua capacidade expressiva (BRASIL, 1998).

2.4 EDUCAÇÃO FÍSICA E A PSICOMOTRICIDADE

A educação física possui várias abordagens, porém a mais apropriada para educação infantil é a psicomotricidade.

O percurso da psicomotricidade, Ajuriaguerra, médico psiquiatra, contextualiza que a psicomotricidade é uma ciência da saúde e da educação, pois indiferentes das diversas escolas, psicológica, condutista, evolutista, genética, e etc, ela visa a representação e a expressão motora, através da utilização psíquica e mental do indivíduo.

Segundo Le Boulch (1988), a psicomotricidade, se dá através de ações educativas de movimentos espontâneos e atitudes corporais da criança, proporcionando-lhe uma imagem do corpo contribuindo para a formação de sua personalidade. É uma prática pedagógica que visa contribuir para o desenvolvimento integral da criança no processo de ensino-aprendizagem, favorecendo os aspectos físicos, mental, afetivo-emocional e sócio-cultural, buscando estar sempre condizente com a realidade dos educandos.

A prática do movimento como atividade de um organismo total expressando a personalidade, proporcionado por distintos estímulos, raciocinar-se nas possibilidades das experiências de movimentos humanos básicos (andar, saltar, correr, rastejar, rebater, esquivar-

se, quicar, equilibrar, chutar, passar, receber, transportar, agachar, trepar...) como modo de ampliar o ser todo a partir da compreensão das áreas psicomotoras (FONSECA,2008).

A psicomotricidade é dividida em três grandes áreas: Desenvolvimento Afetivo: ajudar a criança sentir-se feliz; desenvolver um autoconceito positivo e estável; desenvolver respeito pelos direitos e ideias pessoais; formar uma visão real das diferenças individuais e orientar a criança na aprendizagem por problemas.; Desenvolvimento Motor: desenvolver movimentos fundamentais; melhorar a coordenação; ampliar o nível de aptidão motora e criar e desenvolver a consciência corporal, bem bem como suas potencialidades e Desenvolvimento Cognitivo: ajudar a criança a desenvolver um pensamento questionador; encorajar na solução de problemas; despertar para desafios intelectuais e estimular a aprendizagem de conceitos essenciais.

De acordo com Oliveira (2002) deve-se desmembrar a psicomotricidade: Conhecimento Corporal: Conhecimento intelectual que se tem do próprio corpo;Coordenação Motora Fina: Coordenação fina diz respeito à habilidade e destreza manual e constitui um aspecto particular da coordenação global; Coordenação Motora Global: A coordenação global diz respeito à atividade dos grandes músculos e depende da capacidade de equilíbrio postural do indivíduo; Estruturação Corporal: Relacionamento do indivíduo com o mundo exterior, conhecimento e controle do próprio corpo e de suas partes, adaptação do mesmo ambiente; Estruturação Espacial: A tomada de consciência da situação de seu próprio corpo em um meio ambiente, isto é, do lugar e da orientação que pode ter em relação às pessoas e coisas. A tomada de consciência da situação das coisas entre si. A possibilidade, para o sujeito, de organizar-se perante o mundo que o cerca, de organizar as coisas entre si, de colocá-las em um lugar, de movimentá-las;Estruturação Temporal: É a orientação temporal que lhe garantirá uma experiência de localização dos acontecimentos passados, e uma capacidade de projetar-se para o futuro, fazendo planos e decidindo sobre sua vida; Esquema Corporal: Resulta das experiências que possuímos, provenientes do corpo e das sensações que experimentamos. Não é um conceito aprendido e que depende de treinamento. Ele se organiza pela experientiação do corpo da criança. É uma construção mental que a criança realiza gradualmente, de acordo com o uso que faz de seu corpo; Imagem Corporal: A experiência do indivíduo em relação ao próprio corpo sujeito, impressão subjetiva e a Lateralidade: é a propensão que o ser humano possui de utilizar preferencialmente mais um lado do corpo que o outro em três níveis: mão, olho e pé. Isto significa que existe um predomínio motor, ou melhor, uma dominância de um dos lados.

Nesse sentido, as aulas de educação física na educação infantil precisam propiciar um ambiente que estimule a criatividade e a investigação, através da brincadeira, favorecendo ao surgimento de atividades em que prevaleça a solidariedade, a responsabilidade e o respeito aos direitos humanos. Tais aulas, também precisam contemplar a diversidade cultural e da compreensão dos valores morais presentes em todas as ações humanas, considerando-os como princípios da ação educativa, passíveis, inclusive, de serem transformados em temas educacionais (BÜRGER; KRUG, 2009).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa surgiu a partir do projeto de pesquisa intitulado “Aspectos relacionados ao desenvolvimento e crescimento de lactentes: uma coorte de nascimento”¹, esse projeto de pesquisa, visa acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida, pois é nesta etapa extrauterina que o organismo mais cresce e amadurece, estando portanto, mais sujeito à agravos à saúde. Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa consistem em descrever as características dos nascimentos no município de Santa Maria/RS, avaliando as condições pós parto dos recém-nascidos, doenças infantis, características de crescimento e desenvolvimento até os seis meses.

O recorte deste projeto desmenbrou-se em uma nova pesquisa (Os reflexos da primeira infância no crescimento e desenvolvimento da criança na educação infantil) foi um estudo transversal com abordagem descritiva de cunho quanti- qualitativo. Segundo Gil (2002) e Rodrigues (2003), o estudo transversal relaciona as características pessoais e suas histórias de exposições a fatores causais e suspeitos. De acordo com Gil (2011, p.28) a pesquisa descritiva, “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

A seleção da amostra foi realizada em um hospital público de Santa Maria, no período de janeiro a dezembro de 2014. Foram selecionadas dez pares de mães e bebês para serem avaliados. Os critérios de inclusão: Mãe: Que tenham tido o parto vaginal ou cesáreo e residentes no município; Bebês: Que estivessem em condições de alimentação e os quartos pares. Como critérios de exclusão foram utilizados: Mãe: Com idade gestacional inferior a 36 semanas; Que estiverem sob tratamento psiquiátrico; Bebês: Portadores de mal formações em

¹ Importante destacar que o presente projeto de pesquisa ainda encontra-se em desenvolvimento. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob parecer numérico 398270.

geral e/ou que contemplem problemas genéticos; Bebês que necessitem de internação em UTI Neonatal e Bebês: cujo destino será a adoção².

Para dar início a pesquisa, entrou-se em contato com as mães para explicar o estudo, posteriormente havendo o interesse, foram agendadas visitas à domicílio, na data em que o bebê completasse um mês . No momento da coleta dos dados, foram ratificadas as informações sobre o estudo para que os sujeitos estivessem cientes e assinassem o termo de consentimento livre esclarecido (apêndice A), posteriormente foi realizado um questionário (apêndice B) procurando coletar informações pessoais da mãe e do bebê, além da realização de uma avaliação dos reflexos dos bebês. Ao final das vistas foram agendadas um novo encontro para a data que o bebê completasse seis meses.

Dessa maneira, todos os bebês foram avaliados no primeiro e sexto mês, procurando verificar se todos os reflexos estavam presentes. Os reflexos avaliados conforme a descrição dos autores David Gallahue e John Ozmun (2005), foram: reflexo de moro; reflexo de busca e sucção; reflexo de preensão palmar; reflexo de preensão plantar e babinski; reflexos tônicos assimétrico e simétrico do pescoço reflexos corretivos labirínticos e visuais; reflexo de levantamento; reflexo de amortecimento e de apoio; reflexo corretivo do pescoço e do corpo; reflexo de engatinhar; reflexo primário de caminhar e reflexo de nadar.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva (média desvio-padrão e porcentagem). Para a análise e disposição dos resultados a identidade dos bebês e das mães, foram mantidas em sigilo, sendo numeradas aleatoriamente de 1 a 10.

² Os bebês nascidos e encaminhados aos quartos ímpares, não participaram da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DAS MÃES E BEBÊS

As mães foram avaliadas em um grupo único de análise. Das dez mães que participaram do estudo, suas idades variam de 17 a 33 anos, com uma média de $22,10 \pm 5,36$ de idade. A idade das mães determina que elas não estejam em grupos de riscos, pois com idade de (< 16 anos ou > 35 anos) pode associar com maior frequência a disfunções gestacionais, tanto para o bebê quanto em relação à mãe (PERINATAL, 2012).

O número de filhos que cada mãe tinha, variou de 1 a 3 filhos, com uma média de $1,90 \pm 0,99$ filhos. Nos indicadores de fecundidade, a taxa total (número médio de filhos que uma mulher teria ao fim do período reprodutivo) chegou 1,8 filhos. Os valores mais elevados foram observados no Acre (2,7) e os mais baixos no Rio Grande do Sul, no Rio de Janeiro, em São Paulo, Santa Catarina e no Distrito Federal (1,6) (IBGE, 2013). A média que foi obtida pelas mães varia de acordo com os dados, mostrados pelo IBGE, porém estas mães não estão no fim do seu período reprodutivo.

As mães tiveram de 1 a 3 abortos, a média foi de $0,60 \pm 0,97$ abortos. A prevalência do aborto muitas vezes não é relatada pela mulher, se foi provocado ou induzido. O motivo que leva as mulheres a omitir a informação sobre ter induzido o aborto não é exatamente apenas preocupação com a questão da ilegalidade do ato em si, mas também questões emocionais e psicológicas envolvidas (HARDY; REBELLO; RODRIGUES, MORAES, 1991).

O tipo de parto que as mães tiveram, conforme ilustrado no Gráfico 1, foi o parto vaginal com maior incidência de (70%), e o parto cesárea de (30%). Mesmo as mães estando em hospital público, pode-se observar, à prevalência de parto vaginal, mas ainda assim houve um número significativo de cesarianas, contrariando os índices da Organização Mundial de Saúde, a qual preconiza que os números estejam abaixo dos 15%.

Gráfico 1 : Tipo de Parto das Mães

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014.

Em relação à idade gestacional das mães, observou-se que esta variou de 38 a 41 semanas, sendo a média foi de $40 \pm 1,05$ semanas. Os bebês são classificados conforme a idade gestacional: Prematuros (idade estacional inferior a 37 semanas); A termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias) e Pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas), (BRASIL, 2000). Os bebês da pesquisa se classificaram com a idade gestacional a termo, logo, isso significa que não demanda cuidados especiais, salvo as exceções. Já com idade gestacional de prematuros ou pós-termo, ambos os casos são situações anômalas, que envolvem riscos para mãe e o bebê.

O estudo mostrou conforme ilustrado no Gráfico 2, a prevalência do gênero feminino de (60%), em relação ao masculino que foi ao equivalente de (40%) dos bebês, mas pesquisas indicam que no país nascem mais meninos do que meninas (IBGE, 2013).

Gráfico 2 : Gênero dos Bebês

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014.

Em relação ao índice de apgar em um minuto foi apresentado de 7 a 10 pontos, a média foi de $8,5 \pm 0,97$ pontos. O bebê 3, apresentou uma pontuação mínima de 7 pontos, com isso existiu dificuldade leve, pois de 5 a 7 pontos equivale a uma asfixia leve (BRASIL, 2011). Já o índice de apgar em cinco minutos foi de 9 a 10 pontos, a média foi de $9,8 \pm 0,42$ pontos; com esta pontuação nenhum dos bebês corre risco de asfixia.

O peso dos bebês tiveram variação de 2.270 a 3.740 kg, sendo a média de 3.246kg. A classificação dos bebês: baixo peso (<2500g); normal (>2501 a 4000g) e macrossômico (> 4000g). Apenas o bebê 7 se classificou com baixo peso, isso demonstrando a importância do acompanhamento pré-natal precocemente, identificando intercorrência, evitando prematuridade e consequentemente baixo peso ao nascer (UCHIMURA, PELISSARI, UCHIMURA, 2008).

A estatura dos bebês variou de 46 a 49 cm, sua média foi de $48 \pm 0,94$ cm. Segundo os autores Gallahue e Ozmun (2005) a estatura dos bebês varia de 48 a 53 cm, ou seja, só o bebê 5, nasceu menor do que a classificação dos autores.

O perímetro cefálico dos bebês variou de 33 a 37 cm, e a sua média foi de $34,70 \pm 1,57$ cm, como todos os bebês são classificados como a termo, o Ministério da Saúde calcula que o bebê a termo tem entre 33 a 37 cm de perímetro cefálico (BRASIL, 2011).

Em relação ao tipo de alimento conforme ilustrado no Gráfico 3, os bebês estão recebendo, pode-se perceber que o leite materno prevalece com (78%), em relação a outros tipos de leite (leite materno + tipos de leite) que foi de (22%).

Estes dados são extremamente relevantes, pois o aleitamento materno é reconhecido e indicado mundialmente pelos pesquisadores como sendo a melhor fonte de alimentação para as crianças, pois, além de possuir nutrientes necessários à saúde infantil, os movimentos de ordenha realizados pela criança favorecem o crescimento e o desenvolvimento harmônico das estruturas orofaciais (CATTONI et al, 1998).

Gráfico 3 : Tipo de Alimentação dos Bebês



Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014

4.2 AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA EDUCAÇÃO INFANTIL/EDUCAÇÃO FÍSICA

Tabela 3: Avaliação dos Reflexos do Bebê 3

REFLEXOS	1º MÊS	6º MÊS
Reflexo de Moro	X	X
Reflexo de Busca	ALTERADO	X
Reflexo de Sucção	X	-
Reflexo de Preensão Palmar	X	-
Reflexo de Preensão Plantar	-	X
Reflexo de Babinski	X	-
Reflexos tônicos	-	ALTERADO
Reflexo de Corretivo Labiríntico	-	X
Reflexo de Corretivo Visual	-	X
Reflexo de Levantamento dos Braços	-	X
Reflexo de Amortecimento e Apoio	-	X
Reflexo de Corretivo do Pescoço	X	X
Reflexo de Corretivo do Corpo	-	X
Reflexo de Engatinhar	X	-
Reflexo de Caminhar	X	-
Reflexo de Nadar	X	-

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014

A avaliação dos reflexos mostram informações úteis para a compreensão do desenvolvimento motor. São as primeiras formas de movimento humano onde fornecem esclarecer o processo de desenvolvimento motor.

Apresenta-se a seguir os bebês com algum tipo de alteração nos reflexos. O bebê 3, apresentou alteração no índice de apgar no primeiro minuto, teve uma pontuação mínima de 7 pontos, com isso existiu dificuldade leve, de uma asfixia. No mesmo bebê foi identificado alterações em alguns reflexos (TABELA 3). O bebê quando avaliado houve alterações no 1º mês no reflexo de busca, pois quando estimulado ao redor da boca o bebê teria que levar sua cabeça em direção ao estímulo, isso não estava ocorrendo, mas se colocasse algo na boca ele realizava a sucção. Segundo Gallahue e Ozmun (2005), quando este reflexo de busca encontra-se ausente, é indicado que seja realizado estímulos de busca ao redor da boca. No 6º mês o bebê, estava com o reflexo de busca presente.

A partir do 6º mês o bebê citado anteriormente apresentou alteração no reflexo tônico, pois quando colocado em posição supina ou sentado ele não tem a firmeza total do pescoço, só parcial, mas os braços adotam a posição tanto na postura supino quanto sentado, porém a

cabeça não tem firmeza total. Algumas alterações com o bebê podem ocorrer pela falta de controle dos centros cerebrais superiores sobre os centros cerebrais inferiores (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

De acordo com Gallahue e Ozmun (2005), a persistência do reflexo tônico nos primeiros anos de vida, pode evitar que a criança desenvolva algumas tarefas como rolar, levantar, coordenação de olhos e mãos e alguns movimentos de girar.

Tabela 4: Avaliação dos Reflexos do Bebê 5

REFLEXOS	1° MÊS	6° MÊS
Reflexo de Moro	X	X
Reflexo de Busca	X	X
Reflexo de Sucção	X	-
Reflexo de Preensão Palmar	X	-
Reflexo de Preensão Plantar	-	X
Reflexo de Babinski	X	-
Reflexos tônicos	-	X
Reflexo de Corretivo Labiríntico	-	X
Reflexo de Corretivo Visual	-	X
Reflexo de Levantamento dos Braços	-	ALTERADO
Reflexo de Amortecimento e Apoio	-	X
Reflexo de Corretivo do Pescoço	X	X
Reflexo de Corretivo do Corpo	-	X
Reflexo de Engatinhar	X	-
Reflexo de Caminhar	X	-
Reflexo de Nadar	X	-

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014

O bebê 5 ao nascer teve sua estatura menor do que a classificação, no 6° mês quando foi avaliado teve alterações no reflexo de levantamento dos braços (TABELA 4), o bebê até segurava as duas mãos, mas não conseguia se manter ereto quando inclinado para trás.

Tabela 5: Avaliação dos Reflexos do Bebê 7

REFLEXOS	1º MÊS	6º MÊS
Reflexo de Moro	X	X
Reflexo de Busca	X	X
Reflexo de Sucção	X	-
Reflexo de Preensão Palmar	X	-
Reflexo de Preensão Plantar	-	X
Reflexo de Babinski	X	-
Reflexos tônicos	-	X
Reflexo de Corretivo Labiríntico	-	X
Reflexo de Corretivo Visual	-	ALTERADO
Reflexo de Levantamento dos Braços	-	X
Reflexo de Amortecimento e Apoio	-	X
Reflexo de Corretivo do Pescoço	X	X
Reflexo de Corretivo do Corpo	-	X
Reflexo de Engatinhar	X	-
Reflexo de Caminhar	X	-
Reflexo de Nadar	X	-

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014

O bebê 7 foi classificado com baixo peso, quando avaliado no 6º mês houve alterações no reflexo visual (TABELA 5) o bebê não acompanhava a direção dos objetos .

Tabela 6: Avaliação dos Reflexos dos bebês 1,2,4,6,8,9, e 10

REFLEXOS	1º MÊS	6º MÊS
Reflexo de Moro	X	X
Reflexo de Busca	X	X
Reflexo de Sucção	X	
Reflexo de Preensão Palmar	X	
Reflexo de Preensão Plantar		X
Reflexo de Babinski	X	
Reflexos tônicos	-	X
Reflexo de Corretivo Labiríntico		X
Reflexo de Corretivo Visual		X
Reflexo de Levantamento dos Braços		X
Reflexo de Amortecimento e Apoio		X
Reflexo de Corretivo do Pescoço	X	X
Reflexo de Corretivo do Corpo		X
Reflexo de Engatinhar	X	
Reflexo de Caminhar	X	
Reflexo de Nadar	X	

Fonte: Pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 2014

A seguir serão apresentados os bebês que não tiveram nenhum tipo de alteração quando avaliados no 1º e 6º mês. Os bebês 1,2,4,6,8,9, e 10 (TABELA 6) foi verificado que desde o período pré-natal, quando todos os fatores ambientais e hereditários que poderiam influenciar no crescimento e desenvolvimento estavam dentro dos parâmetros, pois neles não houve nenhuma alteração. Quando avaliados os reflexos dos bebês no 1º e 6º mês, não houve nenhuma alteração nos reflexos. Os reflexos são reações automáticas desencadeadas por estímulos que impressionam diversos receptores e que compartilham, com o resto do processo evolutivo, as características dinâmicas da maturação infantil (CORIAT,1991).

O crescimento e o desenvolvimento dos bebês depende da maturação do sistema nervoso central o que aos poucos os reflexos vão sendo inibidos e evoluindo para movimentos voluntários. Esses bebês dificilmente terão alguma alteração, sendo assim, seguem o percurso normal do crescimento e desenvolvimento, pois a partir deste momento os bebês começam a frequentar a educação infantil (0-6 anos). Este período do nascimento aos seis anos de idade é considerado anos cruciais para o indivíduo, neste processo que ocorre durante toda a vida do ser humano as experiências das habilidades básicas que acontecem principalmente na infância são fundamentais (TANI, 2005).

Segundo Bürger e Krug (2009) a educação infantil que seja realizada em uma perspectiva de criança compreendida como um ser humano em processo de desenvolvimento e que necessita de cuidados e de Educação e uma Educação Infantil que perceba a criança em toda a sua potencialidade, em que características como a autonomia, a criticidade, a criatividade e a solidariedade.

Na Educação Infantil, a Educação Física utiliza-se de jogos e brincadeiras como um poderoso instrumento para auxiliar o desenvolvimento das crianças, seja no plano motor, afetivo ou cognitivo. A relevância do trabalho focado no desenvolvimento motor consiste no conhecimento da aplicação de atividades que explorem o movimento considerando o aspecto das fases e estágios adequando-as as necessidades de aprendizagem das crianças (BÜRGER; KRUG, 2009).

O desenvolvimento motor de acordo com Gallahue e Ozmun (2005), refere-se a mudanças no nível individual das funções. O surgimento e o melhoramento no nível de controle da criança sabe-se que cada criança desenvolve e aprimora suas habilidades em momentos distintos, independe da faixa etária, pois cada uma tem seu tempo para se desenvolver.

Dessa forma, as avaliações em bebês são importantes, pois isso inicia a partir da realização dos pré-natais corretamente, avaliando todas as fases do seu crescimento e desenvolvimento.

Como pode-se observar o bebê 3 apresentou alterações, no reflexo de busca (1° mês) e no reflexo tônico (6° mês), apenas no reflexo tônico posteriormente pode influenciar no atraso do desenvolvimento motor, ocorrendo dificuldade em realizar algumas tarefas como rolar, levantar, coordenação de olhos e mãos e alguns movimentos de girar. Por isso a importância de sempre avaliar a partir da gestação para que todas as fases estejam nos parâmetros normais sem nenhuma alteração.

A partir do momento que os bebês começam a frequentar a educação infantil, torna-se importante que sejam acompanhados e avaliados, buscando evitar alterações no crescimento e desenvolvimento, por isso cada vez mais se torna relevante o acompanhamento e as avaliações para verificação de possíveis alterações ou atrasos no desenvolvimento. A realização de aulas de educação física realizadas com o professor formado na respectiva área pode contribuir significativamente no processo ensino aprendizagem dos alunos. Contudo, historicamente essas aulas são delegadas aos professores unidocentes.

Em conversa informal com as mães dos bebês, estão frequentando a educação infantil, as mães relataram que existe apenas uma professora pedagoga e uma auxiliar para atender os alunos. Provavelmente elas não estimulem corretamente os bebês para o desenvolvimento motor.

5 CONCLUSÕES

Nesta pesquisa pretende-se fomentar algumas reflexões emergidas a partir das disciplinas ofertadas durante o Curso de Especialização em Educação Física Infantil e Anos Iniciais. Os debates e reflexões propiciadas durante o período de formação foram imprescindíveis na construção e consolidação dos objetivos norteadores da presente pesquisa.

Os resultados não permitem inferir o fim da pesquisa, até mesmo porque para obter resultados mais conclusivos seria necessário realizar avaliações com os bebês até o fim da educação infantil.

Os dez bebês, foram avaliados no 1º e 6º mês, eles se encontram na primeira infância que esta corresponde de (0-2 anos). Ao analisar os reflexos dos bebês, foi observado que das dez avaliações, três tiveram algum tipo de alteração, as mudanças se referem ao índice de apgar em um minuto; peso; estatura; reflexo de busca; reflexo tônico; reflexo de levantamento dos braços e reflexo corretivo visual. Dessas alterações, aquela que inspirara mais atenção é o reflexo tônico, pois esse aparece em torno do 3º mês sendo inibido no 6º mês, caso isso não ocorra pode alterar algumas tarefas como rolar, levantar, coordenação de olhos e mãos e alguns movimentos de girar.

Os bebês que apresentaram alterações terão possibilidade das próximas fases do desenvolvimento motor atrasar, por isso é importante que os bebês frequentem a educação infantil para que eles sejam estimulados, pois muitas vezes as mães por falta de informação não tem a percepção que o crescimento e desenvolvimentos dos bebês estejam atrasados. Porém com o relato de algumas mães e conhecendo a realidade da educação infantil, não encontramos professores de educação física, no grupo estudado, mas o profissional mais adequado para planejar e executar as atividades que estimulam o desenvolvimento motor é o professor de educação física.

As limitações encontradas no estudo foram: falta de conhecimento das mães, tanto para realizar todas as consultas pré-natais quanto ao desenvolvimento do bebê; quando as avaliações eram realizadas no 1º mês, o pesquisador precisava cuidar para não perder detalhes da segunda avaliação no 6º mês; outra limitação encontrada foi a dificuldade de retornar para avaliar o bebê no 6º mês, às vezes a mãe confirmava a vista, no entanto não estava em casa ou até mesmo alguns dias o pesquisador não poderia visitar.

Para um futuro estudo precisa avaliar um número amostral maior e pode ser inseridas mais avaliações com outras características.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. A. C. **Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviços de assistência pré-natal.** Rev Nutr 2003;16(3):273-80.

BARACHO E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia.** 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BIAGGIO, A. B. **Psicologia do Desenvolvimento.** Petrópolis: Vozes, Petrópolis: 2000.

BIM CR., PEREGO AL. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia.** Iniciação Científica Cesumar 4v. n.1, 57-61, 2002.

BÜRGER, L. C.; KRUG, H. N.; **Educação Física Escolar: um olhar para a educação infantil.** (ISSN:1514-3465). Lecturas Educación Física y Deportes (Buenos Aires), v. 130, p. 1-18, 2009.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 267p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil / Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental.** Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher Gestação de Alto risco Manual Técnico.** 3ª Edição, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Criança. **Fundamentos técnicos-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - vol.2;** Brasília: MS. No prelo 2002.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Educação. **Escala de APGAR; Rio de Janeiro (RJ): UFF; 2006.** Disponível em: [URL:http://www.uff.br/disicamep/escala_de_apg_ar.htm](http://www.uff.br/disicamep/escala_de_apg_ar.htm).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do RN: guia para os profissionais de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e obstetrícia. (FEBRASGO) / Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília; 2001.

CARNEIRO, C; BINDÉ, P. J. **A Psicologia Ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária.** Dossiê Psicologia Ambiental. Estudos de Psicologia, 1997.

CARVALHO, A. E. V., LINHARES, M. B. M., & MARTINEZ, F. E. (2001). **História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras e de baixo peso (< 1500g).** Psicologia: Reflexão e Crítica, 14(1), 1-33.

CATTONI D. M.; et al. **Fonoaudiologia e aleitamento materno: algumas contribuições.** Pro Fono R Atual Cient, 1998.

CASTILHO, Sueli A.; PIRES, Denise E. Pires. D. **O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada.** Texto Contexto Enfermagem. Mai-ago, 2010, vol.9, nº02.

COREN-SP. **Parto Natural.** 2010.

CORIAT, L.F. **Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança,** 3.Ed. São Paulo: Moraes, 1991.

DE BEM, L. A.; & WAGNER, A. **Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível sócio-econômico.** Psicologia em Estudo, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

FABRIN, E. D.; CRODA, R. S.; OLIVEIRA, M. M. F. **Influência das técnicas de fisioterapia nas algias posturais gestacionais.** Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 155-162, 2010.

FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** Cadernos de Saúde Pública, 7:150-173, 1991.

_____. Et al. **Trabalho de parto em pacientes com antecedentes de cicatriz de cesárea.** Gin. Obstet., 2008.

FONSECA, V.. **Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GABBARD, C. **Lifelong motor development.** Dubuque: Wm. C. Brown, 1992.

_____. **Lifelong motor development.** 5th edition Pearson, 2008.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 3ª ed. São Paulo: Editora Phorte 2005.

_____. **Entendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** São Paulo: Editora Phorte 2001.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C; GOODWAY, J. D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GESELL, A.L. **Dicionário completo da biografia científica.** 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 e.d, São Paulo-SP: Atlas, 2002.

- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. Editora Guanabara Koogan S. A., Rio de Janeiro, 6ª ed., 1998.
- HALL, C. et. al. **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- HARDY E, REBELLO I, RODRIGUES T, MORAES TM. **Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação**. Rev Ginecol Obstet, 1991.
- HARROW, A. J. **Taxionomia do domínio psicomotor: Manual para elaboração de objetivos comportamentais em educação física**. Rio de Janeiro: Globo, 1983.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas **Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, nº 28. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico, 2013.
- KRAMER, S. Formação de profissionais de Educação Infantil: questões e tensões. In: MACHADO, M. L. de A (org). **Encontros e Desencontros em Educação Infantil**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 117-132.
- KREBS, R. J. **Desenvolvimento Humano: teorias e estudos**. Casa Editorial, UFSM, Santa Maria/RS, 1995.
- LAUCHT, M., ESSER, G., SCHMIDT, M. H. **Vulnerability and resilience in the development of children at risk: The role of early mother- child interaction**. Revista de Psiquiatria Clínica, 29 (1), 20-27, 2002.
- LE MOS, A. et al. **Avaliação da força muscular respiratória no terceiro trimestre de gestação**. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Paulo, v.9, n. 2, p. 151-156, 2005.
- LE BOULCH, J. O Desenvolvimento Psicomotor do nascimento até 6 anos: a psicocinética na idade pré-escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In G. E. Mendes, M. A. Almeida, & L. C. A. Williams (Eds.), **Temas em Educação Especial** (pp. 315-324). São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos. 2004.
- MALINA, R. M. **Motor development during infancy and early childhood: Overview and suggested directions for research**. International Journal of Sport and Health Science. Vol. 2, p.50-66, 2004.
- MALINA, R. B.; BOUCHARD, C. **Atividade física do atleta jovem: do crescimento à maturação**. São Paulo: Roca, 2002.
- MANN, L. et al. **Influência dos sistemas sensoriais na manutenção do equilíbrio em gestantes**. Fisioterapia em Movimento, Paraná, v. 24, n. 2, p. 315-325, Abr/Jun 2011.

MARCONDES E, MACHADO DVM, SETIAN N, CARRAZZA FR. **Crescimento e desenvolvimento**. In: Marcondes E, coordenador. *Pediatria básica*. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 35-62.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Recomendações da no Atendimento ao Parto Normal**, 2009. http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

OLIVEIRA, Z. R. *Educação infantil; Fundamentos e Métodos*. São Paulo: Cortez, 2002.

PÁDUA, G. L. D. 2009. **A epistemologia genética de Jean Piaget**. 2009; Revista FACEVV, 2,22-35.

PERINATAL. **Manual de perinatologia / Perinatal**. – Rio de Janeiro: julho, 2012.

PITANGUI ACR, FERREIRA CHJ. **Avaliação Fisioterapêutica e tratamento da lombalgia gestacional**. *Fisioter Mov* 2008; 21(2):135-42.

RATNNER, D. **Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo**. *Revista de Saúde Pública*, 30:19-33. 1996.

REIS, G. F. F. **Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez**. *Revista Brasileira de Anestesiologista*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 3-9, Jan/Fev 1993.

RODRIGUES, A. F. **Como elaborar referência bibliográfica**. São Paulo, SP: Humanistas, 2003. 80 p.

SANTOS, M. M.; GALLO, A. P. **Lombalgia gestacional: prevalência e Características de um programa pré-natal**. *Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde*, Santo André, v. 35, n. 3, p. 174-179, Set/Dez 2010.

TANI, G. **Comportamento motor: aprendizagem e desenvolvimento**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. **Baixo peso ao nascer e fatores associados**. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.29, n.1, p.33-38, mar. 2008.

URASAKI, M. B. M. **Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 519-525, 2010.

VALLIM, A. L. et al. **Water exercises and quality of life during pregnancy**. *Reproductive Health*, v. 8, n. 14, 2011.

APÊNDICE

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Aspectos relacionados ao desenvolvimento e crescimento de lactentes: uma coorte de nascimento

Pesquisador responsável: Dr^a Regina Santini Costenaro

Instituição/Departamento: Centro Universitário Franciscano – Unifra / Grupo de pesquisa interdisciplinar em saúde

Telefone para contato: (55)99236008

Local da coleta de dados: Maternidade do Hospital Casa de Saúde

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, respondendo às perguntas de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento.

A pesquisa justifica-se, pois, eventos após o nascimento podem ter impacto na saúde das pessoas. Dessa forma, pretendem-se conhecer os efeitos em longo prazo de variações ambientais do nascimento sobre o crescimento, desenvolvimento e fatores relacionados à saúde, esta identificação poderá trazer benefícios tanto a população avaliada quanto na colaboração dos conhecimentos existentes.

O objetivo geral deste trabalho será descrever as características dos nascimentos na cidade de Santa Maria/RS, avaliando as condições pós-parto dos recém-nascidos, doenças infantis, características de crescimento e desenvolvimento até os seis meses.

Neste estudo as duplas mãe-bebê serão acompanhadas desde o **nascimento até os 6 meses**. A pesquisa será constituída por questionários, respondidos pela mãe, com perguntas sobre ela (mãe), sua família e seu bebê e algumas medidas como o peso, a estatura (bebê e mãe) e circunferências cefálica e do braço (bebê).

Nas primeiras 24 horas após o parto, durante a **internação hospitalar**, serão realizadas: a coleta de dados do prontuário médico, do cartão da gestante e as entrevistas com a mãe. O questionário que deverá ser respondido pela mãe, será composto de dados, divididos em

blocos, incluindo: **Família:** contato; composição da família, renda familiar, classificação econômica. **Gestação:** tipo de parto, cuidado pré-natal, peso pré-gestacional, hospitalizações, uso de medicamentos, tabagismo, etilismo, morbidade prévia e gestacional e condições psicológicas da mãe. **Mãe:** emprego, escolaridade, idade, estado marital, cor da pele, história reprodutiva, uso de medicamentos, peso atual e altura, percepção sobre a rede de apoio social e indicadores de risco psíquico. **Criança:** sexo, idade gestacional, índice de apgar, peso e comprimento, circunferência cefálica, desenvolvimento, aleitamento materno (perguntas e observação da mamada), alimentação, uso de medicamentos, cuidados de saúde infantil (cuidados de higiene, vacinação, doenças presentes) e indicadores psíquicos.

No decorrer do estudo ocorrerão **4 visitas domiciliares:** aos sete dias, um mês, quatro e seis meses de vida da criança. Os questionários incluirão os temas: **Família:** composição da família, renda familiar, classificação econômica. **Mãe:** emprego, estado marital, contracepção, alimentação, atividade física, uso de medicamentos, tabagismo e etilismo. **Criança:** peso, comprimento, circunferência cefálica e do braço, desenvolvimento, amamentação/alimentação, cuidado infantil, morbidade e hospitalizações, utilização de serviços de saúde, uso de medicamentos e vacinação.

Entre os benefícios, esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado e as participantes terão o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos com retorno das avaliações. Ainda que os instrumentos para a coleta de dados abordem sobre o cotidiano da família e da relação mãe-bebê, pode gerar algum desconforto ao recordar e refletir sobre sua experiência, na observação da mamada pode haver constrangimento gerado pela exposição de parte do corpo (seio) e as avaliações de peso, estatura e circunferências, apesar de serem medidas não invasivas e indolores, podem causar algum desconforto físico.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, inclusive autorizo que os procedimentos descritos sejam realizados com o meu filho(a), assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Apesar de a pesquisa apresentar risco mínimo, caso seja necessário, as participantes e seus bebês terão acesso garantido ao atendimento, fornecido no Laboratório de Práticas da Unifra, inclusive após o encerramento da pesquisa. As crianças com problemas graves de desenvolvimento detectados pela avaliação, ou cujas mães solicitarem auxílio, também serão

encaminhadas para a clínica ou para uma unidade de saúde. Em casos de eventuais danos decorrentes da pesquisa, prevê-se garantia aos participantes.

Ressaltamos também que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação no tratamento que já está sendo realizado para você e para o seu bebê, nem tampouco os resultados destas avaliações terão efeito sobre ele. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento já estabelecido na unidade de internação (maternidade da Casa de Saúde).

Eu,(paciente/responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito das avaliações que serão realizadas e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. O(a) aluno(a) pesquisador(a) sob coordenação da prof. Dr. Regina certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim e ao meu bebê serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações. Caso tiver novas perguntas ou dúvidas sobre este estudo, entrar em contato com os professores envolvidos na pesquisa no telefone (55) 20251202 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa (55)32201200, e-mail: cep@unifra.br. Declaro que recebi cópia do presente Termo.

Assinatura do Paciente

Nome do Paciente

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador

Este formulário foi lido para _____ (paciente) em ____/____/____ pelo
_____ (pesquisador) enquanto eu estava presente.

Nome da Testemunha

Assinatura de testemunha

Apêndice B – Questionário**NOME DA MÃE:****IDADE DA MÃE:****Nº FILHOS VIVOS (CONTANDO COM O BEBÊ):****NÚMEROS DE ABORTOS:****TIPO DE PARTO****IDADE GESTACIONAL:****GÊNERO:****ÍNDICE DE APGAR 1º MINUTO:****ÍNDICE DE APGAR 5º MINUTO:****BEBÊ PESO:****BEBÊ ESTATURA:****PERÍMETRO CEFÁLICO:****ALIMENTAÇÃO DO RN:**