

Veronica Jocasta Casarotto<sup>1</sup>

Cati Reckelberg Azambuja<sup>2</sup>

Juliana Saibt Martins<sup>3</sup>

Franceliane Jobim Benedetti<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica – PUCRS.

<sup>2</sup> Docente Externa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/EAD e Adjunta da Faculdade Metodista de Santa Maria - FAMES.

<sup>3</sup> Docente Adjunta do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA.

<sup>4</sup> Docente Adjunta do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA.

Endereço para correspondência:

E-mail: veronica\_casarotto@hotmail.com

Recebido : 31/03/2015

Aprovado : 10/05/2015

## Os reflexos da primeira infância no crescimento e desenvolvimento da criança na educação infantil

### The first of childhood reflections on growth and child development in early childhood education

---

#### Resumo

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.

**Keywords:** Reflections; Growth and development; Early childhood education.

## Introdução

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção infantil sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social<sup>1</sup>. 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 compensação pode não ocorrer, principalmente na vida pós-natal e durante a infância, período caracterizado por grandes mudanças físicas<sup>2</sup>.

Geralmente o desenvolvimento da maturação do Sistema Nervoso Central determina 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<sup>3</sup>.

O desenvolvimento motor (DM) é a alteração no comportamento motor ao longo do ciclo de vida do ser humano. Ele também é entendido como o processo através do qual o recém-nascido (RN) adquire padrões de movimentos e habilidades, sendo este um processo contínuo de modificações<sup>4</sup>. Além disso, o desenvolvimento motor é o estudo do comportamento motor e o processo de mudanças biológicas associadas ao movimento humano durante o ciclo de vida<sup>5</sup>.

Os autores<sup>2</sup> 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 destaque, 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. 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<sup>6</sup>. 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.

Estudos realizados<sup>7-9</sup> indicam que crianças nascidas pré-termo apresentaram mais problemas na área cognitiva, motora, e comportamental em comparação com aquelas nascidas a termo. A somatória de diferentes riscos, aumenta consideravelmente as chances da criança apresentar problemas no seu desenvolvimento<sup>9</sup>. De fato, 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.

É sabido 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. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sócio demográfico das mães e seus bebês nascidos em um hospital público do município de Santa Maria/RS e acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos

filhos pelo período de seis meses.

## Métodos

A presente pesquisa surgiu a partir do projeto de pesquisa intitulado “Aspectos relacionados ao desenvolvimento e crescimento de lactentes: uma coorte de nascimento”<sup>1</sup>, o qual visa acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças 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. O estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), sob parecer numérico 398270.

O recorte deste projeto desmembrou-se em uma nova pesquisa (Os reflexos da primeira infância no crescimento e desenvolvimento da criança na educação infantil), com caráter transversal e abordagem descritiva de cunho quanti-qualitativo. A seleção da amostra foi realizada em um hospital público de Santa Maria, no período de janeiro a dezembro de 2014. Foram selecionados dez pares de mães e bebês para serem avaliados. Os critérios de inclusão: Mãe: Que tivessem realizado parto vaginal ou cesáreo e residentes no município; Bebês: Que estivessem em condições de alimentação, além dos quartos pares. Como critérios de exclusão foram utilizados: Mãe: Com idade gestacional inferior a 36 semanas; Que estivessem sob tratamento psiquiátrico; Bebês: Portadores de mal formações em geral e/ou que apresentassem problemas genéticos; Bebês que necessitassem de internação em UTI Neonatal ou cujo destino fosse a adoção<sup>2</sup>.

Para dar início à pesquisa, entrou-se em contato com as mães para explicar o estudo, posteriormente havendo o interesse, foram agendadas visitas a 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. Posteriormente aplicou-se um questionário procurando coletar informações pessoais da mãe e do bebê, além da realização de uma avaliação dos reflexos dos bebês. Ao final das visitas de um mês agendava-se uma nova data, logo após o bebê completar seis meses, para a próximo encontro.

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<sup>3</sup> 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 (um à dez).

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa ao qual está vinculado os dados apresentados neste artigo e que ainda encontra-se em desenvolvimento.

<sup>2</sup> Os bebês nascidos e encaminhados aos quartos ímpares, não participaram da pesquisa.

## Resultados e discussão

### Perfil das Mães e Bebês

As mães foram avaliadas em um grupo único de análise. Das dez mães que participaram do estudo, suas idades variaram de 17 a 33 anos, com uma média de  $22,10 \pm 5,36$  anos. Conforme a idade das mães, elas não encontravam-se em grupos de risco ( $<16$  ou  $>35$  anos), os quais estão associados com maior frequência de disfunções gestacionais, tanto para o bebê quanto para a mãe<sup>13</sup>.

O número de filhos que cada mãe tinha, variou de 1 a 3, 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 a 1,8 filhos. Os valores mais elevados foram observados no Acre (2,7 filhos) e os mais baixos no Rio Grande do Sul, no Rio de Janeiro, em São Paulo, Santa Catarina e no Distrito Federal (1,6 filhos). A média que foi obtida pelas mães varia de acordo com os dados<sup>14</sup>, 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. Neste sentido, muitas vezes a mulher não relata 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<sup>15</sup>.

Em relação aos tipos de parto, 70% das mães participantes tiveram o vaginal, enquanto 30% realizaram o parto cesáreo. O estudo mostrou uma maior incidência de parto vaginal e, embora os partos tenham ocorrido em um hospital público, houve um número significativo de cesarianas, contrariando os índices da Organização Mundial de Saúde, a qual preconiza que os números estejam abaixo dos 15%.

Em relação à idade gestacional das mães, observou-se que esta variou de 38 a 41 semanas, com média de  $40 \pm 1,05$  semanas. Os bebês são classificados conforme a idade gestacional: Prematuros (idade gestacional 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)<sup>16</sup>. Os bebês da pesquisa se classificaram com idade gestacional a termo, logo, não demandavam cuidados especiais, salvo as exceções.

Quanto ao sexo dos bebês do estudo, houve maior incidência do feminino (60%) em relação ao masculino (40%), embora as pesquisas indicam que no país nascem mais meninos do que meninas<sup>14</sup>. Em referência ao índice de apgar, o mesmo variou de 7 a 10 pontos, com média de  $8,5 \pm 0,97$  pontos, no primeiro minuto. O bebê 3 apresentou uma pontuação de 7 pontos, refletindo dificuldade leve, pois de 5 a 7 pontos equivale a uma asfixia leve<sup>17</sup>. Já o índice de apgar no quinto minuto variou entre 9 e 10 pontos e a média foi de  $9,8 \pm 0,42$  pontos, o que significou que nenhum dos bebês sofreu episódio de asfixia.

Os pesos dos bebês teve variação de 2.270 a 3.740 g, sendo a média de 3.246 g. Em relação ao peso ao nascimento, os bebês podem classificar-se em baixo peso ( $<2.500$ g), normal ( $>2.501$  a 4.000g) e macrossômico ( $>4.000$ g). Apenas o bebê 7 se classificou com baixo peso, demonstrando a importância do acompanhamento pré-natal precocemente, o qual identificando intercorrências, evitando prematuridade e consequentemente baixo peso ao nascer<sup>18</sup>.

A estatura dos bebês variou de 46 a 49 cm, com média de  $48 \pm 0,94$  cm. Segundo os autores<sup>3</sup> a estatura dos bebês a termo 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<sup>17</sup>.

Em relação ao tipo de alimento, 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<sup>19</sup>.

### Avaliação dos Reflexos: crescimento e desenvolvimento na educação infantil

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.

**Tabela 1:** Avaliação dos Reflexos do Bebê 3

REFLEXOS	1° MÊS	6° 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

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 identificadas alterações em alguns reflexos (Tabela 1). O bebê quando avaliado houve alterações no 1° 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<sup>3</sup>, quando este reflexo de busca encontra-se ausente, é indicado que seja realizado estímulos de busca ao redor da boca. No 6°

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<sup>3</sup>.

De acordo com<sup>3</sup>, 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 2:** Avaliação dos Reflexos do Bebê 5.

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	-	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 6º mês quando foi avaliado teve alterações no reflexo de levantamento dos braços (Tabela 2), o bebê até segurava as duas mãos, mas não conseguia se manter ereto quando inclinado para trás. O bebê 7 foi classificado com baixo peso, quando avaliado no 6º mês houve alterações no reflexo visual (Tabela 3) o bebê não acompanhava a direção dos objetos.

**Tabela 3:** 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

**Tabela 4:** 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 4) foram verificados 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<sup>20</sup>.

O crescimento e o desenvolvimento dos bebês dependem 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<sup>21</sup>.

Segundo<sup>22</sup> 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<sup>22</sup>.

O desenvolvimento motor de acordo com<sup>3</sup>, 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 se pode observar o bebê 3 apresentou alterações, no reflexo de busca (1º mês) e no reflexo tônico (6º 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.

## Conclusões

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 1° e 6° 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 inspirava mais atenção é o reflexo tônico, pois esse aparece em torno do 3° mês sendo inibido no 6° 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 1° mês, o pesquisador precisava cuidar para não perder detalhes da segunda avaliação no 6° mês; outra limitação encontrada foi a dificuldade de retornar para avaliar o bebê no 6° 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

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Criança. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Gallahue DL, Ozmun JC, Goodway JD. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 7 ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
3. Gallahue DL, Ozmun JC. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3 ed. São Paulo: Editora Phorte; 2005.
4. Malina RM. Motor development during infancy and early childhood: Overview and suggested direc-

- tions for research. *International Journal of Sport and Health Science*. 2004; 2: 50-66. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/ijshs/2/0/2\\_0\\_50/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/ijshs/2/0/2_0_50/_article)
5. Gabbard C. *Lifelong motor development*. Dubuque: Wm. C. Brown; 1992.
  6. Kramer S. *Formação de profissionais de Educação Infantil: questões e tensões, Encontros e Desencontros em Educação Infantil*. São Paulo: Cortez; 2005.
  7. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Vulnerability and resilience in the development of children at risk: The role of early mother- child interaction. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2002; 29. Disponível em: [webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dWaGye9UfrQJ:www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n1/20.html+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dWaGye9UfrQJ:www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n1/20.html+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
  8. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras e de baixo peso (< 1500g). *Psicologia Reflexão e Crítica*. 2001; 14: 1-33. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5204.pdf](http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5204.pdf)
  9. Linhares MBM. *Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco*. São Carlos; 2004.
  10. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
  11. Rodrigues A F. *Como elaborar referência bibliográfica*. São Paulo: Humanistas; 2003.
  12. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2011.
  13. *Manual de Perinatologia*. Perinatal. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: [www.perinatal.com.br](http://www.perinatal.com.br)
  14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*; 2013.
  15. Hardy E, Rebello I, Rodrigues T, Moraes TM. Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000300002&script=sci_arttext)
  16. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde (BR). *Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher Gestação de Alto risco Manual Técnico*. 3 ed. Brasília; 2000.
  17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). *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.
  18. Uchimura TT, Pelissari DM, Uchimura NS. Baixo peso ao nascer e fatores associados. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2008; 29: 33-38. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5261/2995>
  19. Cattoni DM *et al.* *Fonoaudiologia e aleitamento materno: algumas contribuições*. Pró-Fono Revista de Atualização Científica; 1998.

20. Coriat LF. *Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança*. 3 ed. São Paulo: Moraes; 1991.
21. Tani G. *Comportamento motor: aprendizagem e desenvolvimento*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
22. Bürger LC, Krug HN; *Educação Física Escolar: um olhar para a educação infantil*. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*. 2009; 1-1. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd130/educacao-fisica-escolar-um-olhar-para-a-educacao-infantil.htm>.

