

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR LITORAL

LUANA MARTINS PEREIRA  
THALITA COGROSSI DO NASCIMENTO

A PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O DESENVOLVIMENTO  
NEUROPSICOMOTOR TÍPICO INFANTIL DE 0 A 12 MESES

MATINHOS  
2015

LUANA MARTINS PEREIRA  
THALITA COGROSSI DO NASCIMENTO

A PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O DESENVOLVIMENTO  
NEUROPSICOMOTOR TÍPICO INFANTIL DE 0 A 12 MESES

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado por Luana Martins Pereira e  
Thalita Cogrossi do Nascimento do curso  
de Fisioterapia, Setor Litoral, da  
Universidade Federal do Paraná, sob  
orientação da Professora Luciana Vieira  
Castilho Weinert.

MATINHOS

2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus pela vida, por Ele ter nos permitido e guiado para conclusão dessa graduação com tanta força, amor e fé.

Aos nossos pais, pela paciência nos dias difíceis ao longo da graduação, pelo amor incondicional, a todo apoio, proteção e principalmente por acreditarem em nossos sonhos.

Somos gratas a dupla de trabalho pelo incentivo, cumplicidade e companheirismo durante toda a caminhada.

A nossa orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Luciana Castilho Vieira Weinert pela confiança em nosso trabalho, a toda ajuda, apoio e incentivo em pouco tempo que lhe coube.

A Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral por ceder o local para coleta de dados.

A todas as participantes da pesquisa, que dispuseram de seu tempo para nos ajudar na coleta de dados.

Aos amigos e familiares, pela paciência e compreensão.

Agradecemos especialmente aos professores do curso de Fisioterapia, pelos ensinamentos e por nos proporcionar uma formação digna e de qualidade.

## RESUMO

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo geral analisar a percepção de mulheres na faixa etária entre 18 e 40 anos sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil. Como objetivos específicos pretende-se coletar informações sobre o conhecimento geral destas mulheres a partir da aplicação de um questionário específico sobre o acompanhamento pré-natal, o período gestacional e o desenvolvimento motor infantil nos primeiros anos de vida. Assim espera-se verificar o nível de informação que as mesmas possuem, orientá-las sobre as principais questões, e, divulgar os resultados da pesquisa aos gestores municipais a fim de orientar ações de promoção da saúde. **Métodos:** Utilizou-se como instrumentos o TCLE, um Questionário Estruturado sobre o Desenvolvimento Motor e a Importância dos Cuidados Pré-natais e Gestacionais e, um folder de orientação com a finalidade de fornecer prevenção e orientação sobre o diagnóstico precoce. **Resultados:** Como resultados dos dados coletados, a média de idade foi de 27 anos, sendo que 44,37% das entrevistadas tem o Ensino Médio completo e 22,51% possui Ensino Superior incompleto/cursando. 76,16% descreveram o pré-natal como o acompanhamento da gestação e o acompanhamento médico da saúde do bebê e da mãe, e 23,84% não sabem o que é o pré-natal, sendo um número preocupante mesmo a maioria sabendo a que se refere esse cuidado. Maior parte delas é solteira, não possui nenhum filho e não sabem a idade ideal para aquisição dos marcos motores infantis. **Conclusão:** Conclui-se que é evidente a falta de informação entre as mulheres sobre a saúde do bebê no âmbito da percepção precoce dos possíveis atrasos motores. Pois é afirmado pela literatura científica que o diagnóstico tardio evolui para condições patológicas. A presente pesquisa cumpriu com seu objetivo de analisar a percepção de mulheres sobre o DNPM, portanto, mostra-se de grande relevância que sejam realizados trabalhos voltados a essa população, para que possam compreender sobre o desenvolvimento motor de seu filho, como um mecanismo de detecção precoce em busca de assistência e tratamento com enfoque multidisciplinar caso seja necessário.

Palavras chave: desenvolvimento infantil, diagnóstico precoce, controle pré-natal.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>07</b>
2.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E SUAS FASES.....	07
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA.....	09
2.3 PREVENÇÃO , PERÍODO PRÉ-NATAL E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
2.4 DIAGNÓSTICO PRECOCE E DESENVOLVIMENTO MOTOR TÍPICO.....	14
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.....	17
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
4.1 RESULTADOS.....	19
4.2 DISCUSSÃO.....	22
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	34
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES A RESPEITO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS E GESTACIONAIS.....	36
ANEXO 3 - INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO: FOLDER DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	38

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento motor típico pode ser considerado como o conjunto de características em constante evolução que permite que um bebê evolua da atividade motora reflexa para a voluntária e, ainda, efetue movimentos mais complexos e coordenados como engatinhar, deambular, correr, segurar um objeto com as mãos, escrever, entre outros (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005).

No recém-nascido o Sistema Nervoso Central (SNC) ainda não está completamente desenvolvido. A percepção da criança sobre o mundo ocorre pelos sentidos para realização de alguma ação e isto cria uma interação que se modifica no decorrer do seu desenvolvimento. Sendo assim, o SNC se mantém em evolução através de sua relação com o meio, em um sistema de aprendizagem que permite uma adequada adaptação ao ambiente em que vive (SILVA & GAETEN, 2004).

O desenvolvimento motor corresponde a um processo de mudanças contínuas no comportamento motor ao longo da vida, o qual é influenciado pelas necessidades da tarefa, da biologia do indivíduo e do ambiente no qual este está inserido (FONSECA, 1988). Portanto, qualquer interferência que ocorra em um desses três fatores pode repercutir no comportamento motor da criança. Além disso, o desenvolvimento e o comportamento motor são influenciados por qualquer lesão ou perturbação que interfira na evolução neuromaturacional das áreas motoras do encéfalo (FONSECA & LIMA, 2008; LEVITT, 1995).

Na infância o desenvolvimento não ocorre de forma linear. É necessário que se ofereça a criança um ambiente diversificado, que proporcione estímulos, novas situações e a resolução de problemas (CAETANO *et al.*, 2005). Dessa forma, em cada idade o movimento toma características significativas e a aparição de determinados comportamentos motores possui repercussões de muita importância no desenvolvimento da criança. Segundo Tecklin (2002) o desenvolvimento motor está relacionado com a idade, tanto na postura quanto no movimento da criança, e seu curso típico reflete a integridade do SNC da criança.

Cada aquisição motora tem influência, tanto no domínio motor, quanto no mental. Através da experiência adquirida e da troca com o ambiente e com o meio externo, o indivíduo se desenvolve globalmente nos aspectos motores e cognitivos, pois o movimento se apresenta e se aprimora por meio dessa interação, das mudanças individuais com o ambiente e da tarefa (FONSECA, 1988). Além disto, o desenvolvimento motor também possui aspectos psicológicos ligados as emoções, ao afeto e as motivações que levam ao aprendizado do ato motor (WILLRICH, AZEVEDO & FERNANDES, 2008).

Atualmente a área da saúde tem seu foco voltado para o ser humano biopsicossocial, visando a promoção da saúde, e não apenas a concepção biomédica, com um conceito de doença (CASTILHO-WEINERT & FORTI-BELLANI, 2011). A prevenção em saúde baseia-se em uma ação antecipatória, visando a não instalação do processo de doença. Já a promoção em saúde não objetiva uma doença específica, mas visa a melhoria da saúde e do bem estar de uma forma geral contemplando o físico, mental e social (CZERESNIA & FREITAS, 2003; ALMEIDA FILHO, 2000). Segundo Teixeira *et al.*, (2008), entende-se por promoção da saúde toda atuação que tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas. Desta forma, estimular o conhecimento sobre a saúde da criança, como o que se propôs neste trabalho, constituiu-se em uma ação de promoção em saúde.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a percepção de mulheres na faixa etária entre 18 e 40 anos sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil. Como objetivos específicos pretendeu-se coletar informações sobre o conhecimento geral destas mulheres a partir da aplicação de um questionário específico sobre o acompanhamento pré-natal, o período gestacional e o desenvolvimento motor infantil nos primeiros anos de vida. Também se buscou verificar o nível de informação que as mesmas possuem sobre o desenvolvimento motor, orientá-las sobre as principais questões relacionadas a esta temática, e, divulgar os resultados da pesquisa aos gestores municipais para orientar ações de promoção da saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E SUAS FASES

No recém-nascido (0-1 mês), o primeiro mês é um período onde há a predominância da postura flexora e assimétrica devido a maturação do SNC durante a vida fetal, os reflexos presentes nesse período são, o reflexos de sucção, liberação das vias aéreas, quatro pontos cardeais, colocação do membro inferior, marcha automática, Galant, sustentação de peso, Moro, preensão tônica palmar e preensão tônica plantar. Os movimentos não são, ainda, totalmente coordenados (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005; FLHEMIG, 2005).

No 2º mês as principais características são hipotonia, ainda há presença do predomínio da flexão corporal, mas realiza melhor extensão. Nessa fase, há uma influência do Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA) e os reflexos presentes no 1º mês, agora, estão em menor intensidade (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005; FLEHMIG, 2005; BLY, 1983). Em supino apresenta a cabeça para o lado quase sempre de preferência, os membros superiores com mais extensão, mas não chegando a linha média ainda. Em prono, a criança começa a estender o segmento torácico, levanta a cabeça de 0 a 45º, muitas vezes de forma assimétrica, tentando manter a cabeça na linha média. O quadril se encontra com menos flexão (retroversão) e mais extensão (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005; FLHEMIG, 2005).

No 3º mês os movimentos são produzidos com melhor coordenação e a cabeça já é mantida em linha média (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005). O RTCA e os reflexos tônicos preensão palmar e plantar ainda permanecem. Iniciam-se as Reações Labiríntica e Óptica de Retificação (FLEHMIG, 2005; LONG E CINTAS, 2001). As mãos já podem ser trazidas na linha média, pega objetos, mas não os largam voluntariamente. A cabeça ergue até 45º, com apoio nos antebraços podendo oscilar de um lado para o outro e para frente (DE LAMARE, 2009; FLHEMIG, 2005).

No 4º mês o bebê passa a desenvolver a preensão coordenada, que é auxiliada pelo controle das mãos e da visão. O RTCA nessa fase já está muito diminuído ou ausente, e os reflexos de preensão palmar e plantar continuam presentes. O controle

cervical permite boa reação postural da cabeça sobre o tronco e inicia-se reação de Landau (FLEHMIG, 2005). A criança apresenta competência para manter-se em supino, a simetria indica que ela é capaz de virar para os lados, manter a cabeça na linha média com o pescoço alongado. Utilizam a extensão lombar para realizar a ponte com os pés apoiados. Em prono a cabeça chega a extensão, e se apoia nos antebraços (DE LAMARE, 2009; FLHEMIG, 2005).

No 5º mês o bebê começa a rolar de supino para decúbito lateral, e em pé, melhora o controle da cabeça e do tronco e já consegue suportar quase todo o seu peso nos pés (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005). O reflexo de preensão palmar neste período já estará ausente e a de preensão plantar continua presente. Iniciam-se as reações de equilíbrio (FLEHMIG, 2005). Em prono apresenta bom controle de cabeça, estabilidade, braços estendidos e os cotovelos fletidos. O bebê tenta se arrastar, rola, brinca com os chocalhos, puxa o pé à boca e chupa o dedo do pé, consegue apanhar objetos e trocá-los de mão (DE LAMARE, 2009).

No 6º mês de idade o bebê já consegue manter a posição sentado, porém não há função, isto se explica porque há instabilidade do tronco. Além disso, ele é capaz de deslocar o peso caso não tenha equilíbrio em alguma posição, e já apresenta a reação de proteção para frente, suportando bem o próprio peso (DIAMENT, CYPEL & REED, 2005; FLHEMIG, 2005; DE LAMARE, 2009; CORIAT, 2001).

No 7º mês, o bebê já tem capacidade de se sentar equilibradamente e estaticamente manipulando brinquedos com as mãos (LONG & CINTAS, 2001; FLEHMIG, 2005). A criança praticamente não fica em supino e, quando impulsionada para sentar, ergue-se praticamente sozinha (FLEHMIG, 2005).

No 8º mês, a criança já consegue adotar as posições de sedestação e gatas (quadrúpede) com maior facilidade, fica na posição ajoelhado e semi-ajoelhado com apoio, e, realiza espontaneamente as mudanças de decúbito (prono/supino), se vira em círculo, em torno do próprio eixo. Nessa fase, tem a aquisição da reação de proteção para os lados e, conseqüentemente, adere um sentar funcional (LONG & CINTAS, 2001; FLEHMIG, 2005).

No 9º mês, praticamente não fica em uma postura somente, movimentada-se bastante e troca de posições. Agacha-se e caminha na posição de “urso”. Apresenta boa reação de

equilíbrio, engatinhando de maneira bem estabelecida (LONG & CINTAS, 2001; FLEHMIG, 2005).

No 10º mês, apresenta reação de proteção para trás, na posição sentada e dá os primeiros passos com apoio. Fica em pé e anda se apoiando em objetos, faz com preensão em pinça (utilizando o polegar e o indicador). Brinca com as mãos na linha média, com os pés e o corpo inteiro e possui boa coordenação (FLEHMIG, 2005).

No 11º mês o bebê adquire a posição em pé e normalmente permanece sem apoio. Consegue já, nessa fase andar com apoio em marcha lateral, sendo capaz de ficar em gatas e retornar para a posição de pé (FLEHMIG, 2005; LONG & CINTAS, 2001).

No 12º mês a criança já caminha independentemente com membros superiores levemente erguidos e base de sustentação alargada, justamente por não ter ainda, total equilíbrio (LONG & CINTAS, 2001).

O desenvolvimento motor no primeiro ano de vida é uma das épocas mais importantes do DNPM infantil para a aquisição e aprimoramento da motricidade ampla, pois influenciará e formará a base para o desenvolvimento da motricidade fina, que por sua vez ocasiona a psicomotricidade, onde se inicia o despertar da inteligência e dos aspectos cognitivos da criança. Segundo Alves (2003), a psicomotricidade envolve toda ação realizada pelo indivíduo, que representa as necessidades e permite a relação com os demais. A função psicomotora é a unidade onde se integram a incitação, a preparação, organização temporal, memória, motivação, etc. Portanto, caso haja impedimento na motricidade ampla, conseqüentemente não haverá exploração do eu e do meio de forma adequada, o que acabará acarretando em comprometimento da capacidade de aprendizagem da criança.

## 2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia ao longo de sua história no Brasil, tem suas ações concentradas em dois níveis de atenção à saúde, o secundário que é responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças, e o terciário que é responsável pela limitação dos danos e reabilitação está em segundo plano o nível primário de atenção responsável pela promoção da saúde e prevenção de agravos. Esta forma de atuação explica-se pela

influência do modelo biomédico de saúde, que vem norteando as práticas de Fisioterapia. Nesse modelo predomina a parte comprometida, pela doença, assim a intervenção terapêutica busca a resolução de partes, sem ver o organismo em sua totalidade. Propõe-se uma fragmentação da atuação fisioterapêutica, com valorização nas habilidades técnicas e grande dependência da tecnologia médica, excluindo a relação humanizada entre profissional da saúde e paciente (CYRINO & RIZZATO, 2004). Segundo Marinho (1999), no modelo biomédico o enfoque é dado à doença, e a definição de saúde se restringe à mera ausência de doenças, que são determinadas apenas por fatores biológicos e individuais sem dar relevância aos fatores biopsicossociais.

Cunha & Trelha (2001) observam que o contexto histórico e o modelo vigente de saúde caracterizaram a Fisioterapia como tradição de trabalho do profissional de caráter assistencial curativo, especialista e baseado na doença. Atualmente a Fisioterapia busca cada vez mais seu afastamento do processo de reabilitação, caminhando em direção ao campo da saúde em toda a sua plenitude, de atuação integral. A formação do fisioterapeuta precisa atender ao sistema de saúde vigente no país e à atenção integral de saúde, prevendo um profissional que não se restrinja à reabilitação, mas que também seja capaz de ações de prevenção e promoção da saúde.

Teixeira (2003) mostra um novo entendimento das ações do profissional fisioterapeuta, que não se limitando ao ato técnico, mas se expandindo por ações que possam além de devolver a saúde aos indivíduos, educar e manter a saúde. Assim, há um sentido mais amplo e total das habilidades desse profissional. Segundo Leite & Farany (2003) com a nova definição de saúde e das ações relativas ao profissional de saúde é necessária uma redefinição do papel do fisioterapeuta, não bastando mais a este profissional um pleno domínio das técnicas, como pregaria o modelo biomédico. Este agora precisa de uma série de habilidades e competências que o instrumentalizem a promover um bem-estar duradouro junto à população. O fisioterapeuta passa a ter, então, um papel social, além daquele de utilizar o conhecimento científico especializado. Seu papel não é apenas recuperar, reabilitar e minimizar o sofrimento, mas também prevenir doenças e, mais do que isto, promover a saúde da população.

A promoção à saúde ocorre através de ações que busquem eliminar ou controlar as causas de doenças e agravos através da educação e conscientização em saúde. Deve implicar em atividades tanto voltadas a grupos sociais quanto a indivíduos por meio de

políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições e conhecimentos voltados a saúde (SCHMIDT, 2005).

Na saúde da criança a prevenção e a promoção podem ocorrer a partir da escola saudável, que deve ser entendida como um espaço gerador de autonomia, participação crítica e criatividade (CARDOSO *et al.*, 2008). A fisioterapia se encaixa nesse campo, através de ações direcionadas no desenvolvimento e no crescimento físico-motor, associados aos cuidados com a postura, podendo propiciar ações educativas e terapêuticas. Segundo Penha *et al.*, 2005, durante a infância, as crianças estão sujeitas a comportamentos de risco para a estrutura corporal, pois o sistema musculoesquelético encontra-se em processo de maturação e a exposição às acomodações inadequadas do meio escolar predispõe ao surgimento de alterações posturais. Isto pode causar desconfortos, algias ou mesmo incapacidades funcionais. As dores privam as experimentações sensoriais, que são imprescindíveis para o desenvolvimento postural e controle dos movimentos, acarretando limitações motoras.

Portanto, a partir disso, surge o trabalho psicomotor dentro da escola, que está presente em todas as atividades que desenvolvem a motricidade da criança, contribuindo para o conhecimento e domínio do seu próprio corpo. Além de ser um fator indispensável ao desenvolvimento global da criança, é base fundamental para o processo de aprendizagem. O desenvolvimento psicomotor evolui do geral para o específico, ou seja, no decorrer do processo de aprendizagem, os elementos básicos da psicomotricidade que são esquema corporal, estruturação espacial, lateralidade, orientação temporal e pré-escrita são utilizados com frequência. Estes elementos são importantes para que a criança associe noções de tempo e espaço, conceitos e ideias. A psicomotricidade é uma estratégia para a promoção da saúde, pois tem um papel para o desenvolvimento antes mesmo de se instalar algum déficit, aprimorando o desenvolvimento das funções psíquicas, físicas e socioculturais (ROSSI, 2012; TAVARES & SANCHES, 2007).

Dessa forma, a escola e a fisioterapia aliadas à psicomotricidade tem papel fundamental no desenvolvimento do sistema psicomotor da criança, principalmente quando trabalhada nas séries iniciais, pois é na Educação Infantil, que a criança busca experiências em seu próprio corpo. O número de crianças frequentando Centros de Educação Infantil aumenta a cada dia, a maioria delas permanece de 8 a 10 horas por dia

nesses ambientes (REZENDE, BETELI & SANTOS, 2005; BISCEGLI *et al.*, 2007), portanto é necessário buscar informações sobre o impacto dessa exposição cotidiana e sobre suas influências no desenvolvimento infantil.

Para Landmann, Ruzza & Chesani (2009), a Fisioterapia pode contribuir, não só no aspecto ergonômico e vertical como normalmente ocorre, mas também com enfoque de formação continuada aos educadores. Se faz necessário que esses profissionais antes de tudo tenham ampla visão e conhecimento do DNPMN. O fisioterapeuta possui habilidades para sanar dúvidas sobre o DNPM típico e assim favorecer a troca de experiências com os educadores de forma que se possa executar variadas atividades de estimulação das diferentes fases do desenvolvimento motor, dentro dos Centros Municipais de Educação Infantil. Portanto, independentemente do nível de atenção, do tipo de patologia, idade, sexo ou classe social, a prevenção e a promoção da saúde precisam estar presentes nas ações do fisioterapeuta que, além de reabilitar, está apto a proporcionar qualidade de vida a população.

Segundo Baltieri *et al.* (2010), atrasos em determinadas áreas do desenvolvimento na infância podem representar uma ameaça ao desenvolvimento global da criança, tendo em vista que a identificação precoce dos possíveis fatores de risco são necessárias para evitar danos ao longo da vida. Danos esses que podem acarretar prejuízos como problemas de coordenação e de controle do movimento (WILLRICH, AZEVEDO & FERNANDES, 2008).

Na pesquisa de Araújo (2013) realizada nos Centros Municipais de Educação Infantil públicos da cidade de Matinhos/PR, verificou-se que o baixo peso ao nascer, a renda familiar mensal e a ausência do pai são fatores estatisticamente significantes sobre o risco de atrasos em seu desenvolvimento, e também salientou a importância da avaliação fisioterapêutica lúdica nestes espaços para detectar desvios no desenvolvimento e atuar sobre estes.

## 2.3 PREVENÇÃO, PERÍODO PRÉ-NATAL E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

O pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o momento do parto e para a o decorrer da maternidade sendo um momento de aprendizado para a futura mãe (ROCHA & ANDRADE, 2008). A realização do pré-natal representa papel extremamente fundamental em termos de prevenção e detecção precoce de patologias maternas e fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. As informações devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, sendo a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2000). Para Rios & Vieira (2007), o pré-natal surgiu com o objetivo principal de fornecer assistência ao desenvolvimento do bebê recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade, bem como os índices de parto pré-termo. Ou seja, a assistência pré natal surgiu com as demandas e crescentes preocupações sociais sendo um processo de puericultura intrauterina, com ênfase na qualidade das crianças nascidas. É um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma integrada, pois a educação em saúde é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo da gestação mas também para o período pós-parto (puerpério).

A frequência das consultas pré natais bem como a primeira consulta, são citados como possíveis indicadores contribuintes para as taxas de morbimortalidade perinatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a gestante deve realizar pelo menos 5 consultas durante a gravidez. Porém, para alguns autores entende-se que menos que 10 visitas pré-natais podem fazer diferença nos resultados perinatais, em particular no que se refere ao nascimento de fetos pré-termo. Uma assistência pré-natal adequada significa precocidade no tratamento, assiduidade nas visitas e boa qualidade de atendimento (MORAIS *et al.*, 1998).

As vantagens do pré-natal são, permitir identificar doenças que já estavam presentes no organismo da mãe, porém, que são de evolução silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. Seu diagnóstico com o acompanhamento permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida. Detecta os problemas fetais,

como as más formações, por exemplo. Algumas delas em fases iniciais permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal. Avalia ainda aspectos relativos à placenta, pois sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos; identifica precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma, sendo esta patologia uma das principais causas de mortalidade no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Portanto, é de extrema importância ressaltar que a gestante necessita de atendimento pré-natal regular para que seu bebê possa nascer saudável ou nos casos de patologias instaladas, utilizar da detecção precoce para iniciar o tratamento o mais precocemente possível, evitando assim complicações futuras. Além de preparar a mulher para a maternidade, as consultas realizam prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças da mãe e fetais.

## 2.4 DIAGNÓSTICO PRECOCE E DESENVOLVIMENTO MOTOR ATÍPICO

O desenvolvimento motor atípico não está ligado, sempre, à presença de alterações neurológicas ou estruturais. Mesmo crianças que não apresentam sequelas graves podem apresentar comprometimento em algumas áreas de seu desenvolvimento neuropsicomotor. Estudos descrevem prejuízos normalmente ligados à memória, à coordenação visuo motora e à linguagem (MANSUR & NETO, 2006).

Dentre as principais causas de atraso motor encontram-se: baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções neonatais, desnutrição, baixas condições sócio-econômicas, nível educacional baixo dos pais e a prematuridade. Quanto maior o número de fatores de risco atuantes, maior será a possibilidade de haver comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor (EICKMANN, DE LIRA & LIMA, 2002; HALPERN *et al.*, 2000).

Segundo Cantell, Smyth & Ahonen (2003), crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que apresentam risco de atrasos quanto aos fatores agravantes que está exposta, merecem atenção e intervenções específicas, pois essas alterações podem se prolongar até a fase adulta. Além disso, os atrasos motores normalmente podem se

associar a prejuízos secundários de ordem psicológica e social, como baixa auto-estima, isolamento, hiperatividade, entre outros, que dificultam a socialização com outras crianças e o seu desempenho escolar.

Quando houver identificação de desenvolvimento motor atípico, de preferência precocemente através de uma avaliação criteriosa nos primeiros anos de vida, deve ser elaborada uma intervenção adequada na tentativa de estimular as áreas que apresentam atraso, a fim de que as crianças com esse tipo de diagnóstico possam seguir a mesma sequência do desenvolvimento motor típico. Pois, o diagnóstico e a intervenção precoce tem demonstrado maiores benefícios, apresentando melhores resultados inclusive quando a participação dos pais é associada a atuação do terapeuta (WILLRICH, AZEVEDO & FERNANDES, 2008).

Para orientar os programas de estimulação precoce, são utilizadas as Escalas de avaliação para analisar o desenvolvimento neuropsicomotor, tendo como resultado, a indicação de possíveis causas de atrasos do desenvolvimento motor infantil e perspectivas de tratamento, permitindo comparar o desenvolvimento motor típico e atípico (RODRIGUES, 2012).

A vulnerabilidade da criança aos agravos de saúde, de modo geral, é maior nos 2 primeiros anos de vida, devido a imaturidade dos sistemas imunológico, neurológico, motor e outros, que vão passar por intenso processo de crescimento, maturação e desenvolvimento. Nesta fase há maior dependência do adulto para os cuidados básicos com a saúde, para a detecção de possíveis agravos e para a proteção contra os possíveis acidentes. Portanto, é de suma importância realizar o planejamento do atendimento à criança com enfoque de risco. Isto significa um cuidar diferenciado para a criança que está exposta a certas condições, sejam elas biológicas, ambientais ou sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sabe-se que as chamadas de situações de risco causam maior probabilidade para a criança apresentar problemas de saúde. Portanto, isso significa a necessidade de reconhecer as situações de risco para detecção precoce e conseqüentemente, evitar que a patologia se instale, tentando priorizar um atendimento precoce a essas crianças, nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em todo atendimento à criança é fundamental observar e avaliar o aspecto geral observando as relações que estabelece com o responsável, a partir do vínculo familiar; as

condições da alimentação, quanto a disponibilidade e aceitação do alimento; a imunização, com o esquema de vacinação; a frequência à creche ou escola, observando a socialização e as atividades de lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

É importante, portanto, dar mais ênfase para os bebês vulneráveis aos fatores de riscos, com o acompanhamento completo do seu desenvolvimento neuropsicomotor, observando-se reflexos, reações posturais, aquisições e padrões motores, tônus e comportamento. Cada sinal ou aquisição são característicos de diferentes fases do desenvolvimento típico, principalmente no primeiro ano de vida, e deve ser criteriosamente analisado. Além do diagnóstico precoce para prevenção dos atrasos e da instalação de um quadro patológico, sabe-se que para evitar a ocorrência de situações atípicas, orientações e educação em saúde são fundamentais, tanto relativas já ao período pré-natal com os cuidados da saúde materna e fetal, quanto ao desenvolvimento esperado para o bebê em cada fase, bem como referentes a prevenção de maus hábitos culturais, como a utilização do andador.

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, parecer de aprovação CAAE n.º 41874815.8.0000.0102.

Os participantes foram mulheres, residentes no município de Matinhos, no litoral do estado do Paraná, na faixa etária de 18 a 40 anos. Como critérios de exclusão definiu-se ser profissional com formação em alguma área da saúde, devido ao conhecimento pré-existente relacionado ao tema da pesquisa.

#### 3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta pesquisa utilizou-se como instrumentos o TCLE (Anexo 1), um Questionário Estruturado sobre a Percepção de Mulheres a respeito do Desenvolvimento Motor e a Importância dos Cuidados Pré-natais e Gestacionais (Anexo 2), e, um instrumento de orientação sobre esta temática (folder de educação em saúde) (Anexo 3) com a finalidade de fornecer prevenção e orientação sobre o diagnóstico precoce de situações de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

#### 3.2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Para recrutamento dos participantes a divulgação da pesquisa foi realizada por meio de cartazes e oralmente na Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral. As entrevistas para preenchimento do Questionário Estruturado (Anexo 2) foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade de horário das participantes. Estas foram realizadas sempre em local amplo, privativo, bem iluminado e arejado. Cada participante foi submetida a uma única entrevista, com duração máxima de 15 minutos.

Após a participação na pesquisa cada uma das mulheres recebeu um folder de educação em saúde (Anexo 3) com informações sobre a assistência e os cuidados pré-natais, além de orientações sobre o desenvolvimento motor normal infantil. Este folder foi desenvolvido com base nas informações questionadas na entrevista aplicada às participantes (Anexo 2) com o objetivo de auxiliar nas suas dúvidas ou escassez de conhecimento sobre o assunto.

Como metodologia para tratamento dos dados utilizou-se a análise descritiva dos dados, bem como o cálculo de média e desvio-padrão.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 RESULTADOS

#### 4.1.1 Características Gerais da População Pesquisada

Participaram da pesquisa 151 mulheres com idade média de 27 ( $\pm$  6,6) anos, atuando em diferentes ocupações (Tabela 1).

**Tabela 1:** Ocupação das participantes da pesquisa

Ocupação	Número (N)	Percentual (%)
Trabalhadoras do Lar	33	21,85%
Trabalhadoras do Comércio	27	17,87%
Estudantes	26	17,21%
Funcionárias de escritórios	8	5,94%
Funcionárias da área de limpeza	3	3,96%
Educadoras Infantis	4	2,64
Massoterapeutas	1	1,32%
Profissionais atuantes na área em que cursaram ensino superior	8	5,29%

Na Tabela 1, das profissionais que cursaram ensino superior, foram entrevistadas 1 educadora física, 2 professoras, 1 assistente social, 1 pedagoga, 1 contadora, 1 nutricionista e 1 bióloga.

No quesito escolaridade, a Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra deste estudo.

Tabela 2: Escolaridade das participantes

<b>Escolaridade</b>	<b>Número (N)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Pós-graduação	1	0,66%
Ensino Superior	21	13,9%
Ensino Superior Incompleto (cursando)	34	22,51%
Ensino Médio	67	44,37%
Ensino Médio Incompleto (cursando)	8	5,29%
Ensino Fundamental	15	9,93%
Ensino Fundamental Incompleto	5	3,31%

Tabela 3: Composição familiar das participantes

<b>Número de filhos (N)</b>	<b>Percentual (%)</b>
0	54,96%
1	22,51%
2	15,23%
3	3,97%
4	2,64%
11	0,66%

Quanto ao estado civil, a maioria das entrevistadas era solteira (58,27%), seguida das casadas (36,42%), viúvas (2,64%) e divorciadas (2,64%).

#### 4.1.2 Conhecimento sobre Cuidados Pré-natais

Quando questionadas sobre uma breve definição descritiva sobre cuidados pré-natais, 23,84% não sabiam o que é o pré-natal, e, 76,16% referiram que este processo é o acompanhamento da gestação e o acompanhamento médico da saúde do bebê e da mãe.

Sobre o período ideal para iniciar as consultas pré-natais, 6 (3,97%) responderam que o ideal é antes da gravidez, 135 mulheres (89,40%) que deve-se iniciar assim que a gravidez for confirmada, e, 10 (6,62%) a partir do 3º mês de gestação.

Em relação ao papel da assistência pré-natal, 11 (7,28%) mulheres consideraram que serve apenas para a saúde do bebê, 11 (7,28%) apenas para a saúde da mãe e 129 (85,43%) para saúde de ambos, a mãe e o bebê.

Quanto ao período ideal para manutenção da amamentação exclusiva, 3 (1,98%) opinaram que é imprescindível somente até os 3 meses de idade, 114 (75,49%) até os 6 meses de idade do bebê, e, 34 (22,51%) até os 9 meses.

Apenas 2 (1,32%) das entrevistadas acreditam que não é prejudicial para a saúde do bebê a ingestão de álcool, drogas e tabaco durante o período gestacional. As outras 149 (98,67%) acreditam que essas substâncias são prejudiciais. Ainda, 5 (3,31%) não parariam de utilizar tais substâncias durante a gravidez, 88 (58,27%) parariam com o consumo durante este período, e, 58 (38,41%) relataram que não utilizariam porque já não faziam uso destas substâncias habitualmente.

Quanto ao parto demorado, o uso de fórceps e a prematuridade ser prejudicial para a saúde do bebê, 5 (3,31%) pensam que isso não interfere na saúde e 146 (96,68%) descrevem essas intercorrências como agravantes na saúde dos bebês.

Apenas 1 (0,66%) entrevistada acredita que a contaminação materna por vírus como rubéola, sífilis e toxoplasmose não influencia no desenvolvimento fetal, e, as outras 150 (99,33%) participantes responderam que essas doenças tem papel importante no atraso do desenvolvimento.

#### 4.1.3 Conhecimento sobre Desenvolvimento Motor Infantil

As participantes da pesquisa foram questionadas sobre se conheciam ou não a idade média em que os bebês devem desenvolver as principais habilidades motoras. Além disto, aquelas que referiam saber, foram arguidas sobre com quantos meses isto ocorre.

Tabela 3: Conhecimento sobre desenvolvimento motor normal

Habilidade Motora Voluntária	Desconhecem o Período de Aquisição do Marco Motor		Referem que Sabem o Período de Aquisição do Marco Motor		
	N	%	N	%	Idade Média
Controle de Cabeça	130	86,09	21	13,9	3 a 6 meses
Preensão	75	49,66	76	50,33	4 meses
Rolar	75	50,33	75	49,66	5 meses
Deambulação	46	30,46	105	69,53	10 meses

Em relação à importância do engatinhar, 73 (48,34%) consideram que os bebês não precisam engatinhar antes de andar e 78 (51,65%) acreditam que é necessária a fase do engatinhar para o desenvolvimento adequado da marcha. E, quanto ao uso do andador, 67 (44,37%) acreditam que ajuda no desenvolvimento motor da criança, e 84 (55,62%) acreditam que não.

Sobre as condutas de estimulação da aprendizagem motora, 100 (72,84%) delas não sabem qual a idade ideal para posicionar o bebê em prono e 51 (27,15%) sabem descrever os meses propícios para esse decúbito, em média a partir dos 4 meses de idade.

Quanto à importância de se proporcionar ambientes estimulantes com brinquedos coloridos, sons e a presença de outras crianças para auxiliar no desenvolvimento do bebê, 143 entrevistadas (94,7%) acreditam haver importância e 8 (5,29%) discordam dessa afirmação.

## 4.2 DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que a idade média das participantes foi de 27,6 ( $\pm$  6,6), porém destas mulheres verificou-se que apenas 45,04% já possuem filhos, das quais cerca de metade possui somente um filho. Isto leva a crer que as mulheres da atualidade

optam pela maternidade em idades mais avançadas. Tal fato preocupa, na medida em que quanto maior a idade materna, maior o risco para o desenvolvimento motor infantil, sendo afirmado pelo estudo de Papalia, Olds & Feldman (2006).

A escolaridade da maioria das mulheres entrevistadas corresponde ao ensino médio completo (44,37%). Também se verificou uma tendência à melhora deste nível de escolaridade considerando-se o percentual de 36,41%, equivalente a soma daquelas que possuem ensino superior completo com as que ainda estão cursando. Enquanto o percentual com ensino fundamental incompleto corresponde a apenas 3,31%. Tal levantamento se mostra importante uma vez que as evoluções motoras dos bebês são influenciadas pelo nível de escolaridade, a profissão, a ordem de gestação e a idade materna, influenciando para o desenvolvimento infantil atípico. No estudo de Hekavei & Oliveira (2009), verificou-se que a compreensão das mães e o nível de conhecimento das mesmas influenciam na detecção e tratamento precoce, tendo ganhos ainda mais evidentes. Nesse sentido, o estudo da compreensão das mães acerca de aspectos do desenvolvimento dos filhos parece contribuir para essa evolução. A escolaridade dos pais está interligada à profissão que eles exercem e à condição socioeconômica, o que influencia na moradia, na saúde e na educação (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Quanto ao conhecimento sobre a assistência pré-natal, 76,16% compreende a definição desta, 89,4% sabem que este tipo de acompanhamento da saúde materno-infantil deve ser iniciado assim que o período gestacional for iniciado. Ferrari *et al.*, (2014) conduziram um estudo em que se verificou que o número de consultas no pré-natal possui associação estatística com as condições socioeconômicas maternas, e com as características do parto e de nascimento das crianças que foram a óbito no período neonatal com menos de sete dias de vida. Isto reitera que a frequência no acompanhamento pré-natal depende do nível de conhecimento das mulheres sobre esta temática.

Ainda sobre os cuidados durante o período gestacional, 99,33% sabem que a infecção por vírus como rubéola, sífilis e toxoplasmose interfere negativamente sobre o desenvolvimento motor. Corroborando com Costa *et al.*, (2010), que confirmam que as alterações fisiológicas do organismo materno podem facilitar complicações obstétricas e neonatais. Acredita-se que a atenção e a conscientização copiosas por parte dos profissionais de saúde, principalmente no diagnóstico, devem ser as mais precoces

possíveis, assim como o tratamento. Porém, deve-se dar ênfase às medidas de prevenção e ao tratamento do parceiro. Nesse contexto, a triagem das DSTs durante o pré-natal é de importância fundamental tanto no diagnóstico precoce quanto no melhor manejo terapêutico.

98,67% consideram o consumo de drogas, álcool e tabaco como um risco para a saúde do bebê durante a gestação. Considerando os achados do estudo de Freire, Padilha & Saunders (2009), faz-se de extrema importância a necessidade de programas de intervenção e prevenção que visem à interrupção do hábito de fumar e do etilismo durante o período gestacional, principalmente entre as gestantes solteiras, de baixa escolaridade, de idade mais avançada e que não tenham acompanhamento nutricional, visto que a pausa desses hábitos antes do período gestacional é a garantia de proteção ao feto. No Brasil, o pré-natal revela o momento ideal para intervenção e prevenção do uso dessas substâncias prejudiciais. Dessa forma, é necessário que os profissionais que fazem assistência materno-infantil realizem orientação a essas gestantes, destacando os malefícios do uso sobre sua saúde e do seu bebê.

96,68% reconhecem que o parto demorado, o uso de fórceps e a prematuridade podem causar atrasos no desenvolvimento motor infantil. O estudo de Zanini, Cemin & Paralles (2009), afirma que todos esses agravos na saúde do bebê podem dar origem a Paralisia Cerebral. A prematuridade, uso de fórceps e parto demorado aumentam significativamente a possibilidade de uma criança desenvolver essa patologia.

Sobre o conhecimento do período indicado como ideal para a amamentação exclusiva, 75,49% das mulheres sabem que esta deve ocorrer nos primeiros seis meses de vida do bebê. Venâncio *et al.*, (2002) realizaram um estudo nos municípios de São Paulo, constatou-se que a escolaridade das mães, a profissão e o local de nascimento, maior o tempo de amamentação exclusiva até os 6 meses.

O conhecimento sobre as características do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida mostrou-se escasso. A maioria (86,09%) refere que não sabe em que época a criança deve adquirir a habilidade de controlar a cabeça contra a gravidade. Aproximadamente 50% não sabem quando o bebê deve conseguir realizar a prensão ou o rolar e se é necessário ou não engatinhar. E, cerca de 30% desconhece em que fase é adequada que o bebê caminhe de forma independente. Diamant, Cypel & Reed (2005) e Flehmig (2005) afirmam em seus estudos que até do 3º mês o bebê já deve possuir o

controle de cervical, no 4º mês a preensão palmar voluntária (pegar objetos se tiver interesse), no 5º mês rolar em bloco e 6º mês rolar dissociando cinturas, quanto o engatinhar, não se faz necessário antes da aquisição da marcha independente e esta fase se inicia a partir do 12º mês. Estes dados são importantes e preocupantes porque é necessário que se conheça o desenvolvimento motor infantil normal para que se reconheça situações “anormais”, ou seja, atípicas ou de atraso. Uma vez que as mulheres entendem melhor a fase em que o bebê deve caminhar do que a fase em que ele deve controlar sua cabeça, e que o caminhar ocorre muito mais tarde (por volta dos 12 meses), é provável que só se perceba sinais de atraso e se busque recursos e ajuda para detectá-lo, muito mais tarde. Tal fato dificulta a detecção e o tratamento precoce de situações de risco no desenvolvimento da criança e podem indicar um mal prognóstico motor, pois estudos referem que a intervenção precoce influencia diretamente o desenvolvimento motor, pois as crianças que recebem tratamento adequado e imediato tem bom desempenho na avaliação da função motora ampla (Mergulhão, Kitamura & Diz, 2012).

No que diz respeito às formas de se estimular o bebê, 44,37% acreditam que o andador auxilia no desenvolvimento motor e não o considera como risco de atraso na marcha, ou facilitador de quedas com possibilidade de ocorrência de contusões, fraturas e traumatismos crânio-encefálicos. O estudo de Chagas *et al.*, (2011), reuniu relatos de mães sobre o uso do andador, dessa forma fica clara a dúvida dos pais em tomar a decisão de usar ou não com seus filhos. Muitas vezes, a dúvida era pautada em opiniões negativas que eles receberam antes da definição de usar. Albuquerque *et al.*, (2011), obtiveram resultados que sugerem que o ambiente domiciliar de crianças que fizeram uso do andador, parece disponibilizar maior qualidade de estímulos, comparados aos de lactentes que não utilizaram este equipamento.

Ainda sobre o tema estimulação, 77,84% não sabe em que idade o bebê pode ser posicionado em decúbito ventral com o objetivo de desenvolver a extensão contra a gravidade e as reações de retificação. Fato preocupante, pois conforme Flehmig (2005), o controle de cabeça é um dos primeiros marcos da motricidade voluntária, fundamental para o desenvolvimento dos demais, ocorrendo até o 3º mês de vida do bebê. Dessa forma, na posição prono o bebê inicia o alinhamento torácico, levanta a cabeça de 0 a 45º, muitas vezes de forma assimétrica, tentando manter a cabeça na linha média. Portanto é de extrema importância adotar essa postura como estimulação. Assim,

somente após o controle de cabeça se estabelecer, é que existe embasamento biomecânico e neurofisiológico para o controle de tronco, o sentar e posturas mais avançadas como manter-se em pé.

Com relação às possibilidades de estímulo ambiental para a ocorrência do desenvolvimento motor, 94,7% relata crer que brinquedos, recursos sonoros a interação com outras crianças é benéfica ao desenvolvimento infantil. Segundo Papalia, Olds & Feldman (2006) o desenvolvimento infantil é influenciado por uma tríade, a tríade de Newell, que considera o papel do indivíduo, do ambiente e da tarefa. Assim, cabe orientar as mães sobre as condições que podem ser facilitadas nesta tríade para aprimorar este desenvolvimento, e, a presença de brinquedos e pessoas com certeza incrementam o ambiente e aumentam a demanda por tarefas diferenciadas no cotidiano da criança.

Além disto, a importância de se orientar para que se promova o adequado desenvolvimento motor no primeiro ano de vida, também se evidencia por este embasar o desenvolvimento da motricidade fina, a qual capacita a criança a explorar o ambiente e a desenvolver sua inteligência (Alves, 2003).

## **5 CONCLUSÃO**

Conclui-se que é evidente a falta de informação entre as mulheres sobre a saúde do bebê no âmbito da percepção precoce dos possíveis atrasos motores após o nascimento. Esta afirmação é reiterada na literatura científica que descreve o diagnóstico tardio de condições patológicas.

A presente pesquisa cumpriu com seu objetivo de analisar a percepção de mulheres sobre os cuidados pré-natais e o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, bem como de orientá-las sobre as principais questões relacionadas a esta temática.

Mostra-se de grande relevância que sejam realizados trabalhos voltados a essa população, para que possam compreender sobre o desenvolvimento motor de seu filho, como um mecanismo de detecção precoce em busca de assistência e tratamento com enfoque multidisciplinar caso seja necessário. Sabe-se que na fase inicial de perturbação do desenvolvimento, ou seja, onde há apenas risco para atraso ou atraso, as chances de reverter situação antes que se torne um desenvolvimento atípico (patológico) é maior.

Portanto, a necessidade de sensibilização voltada para a prevenção é imprescindível para reversão total ou diminuição dos atrasos motores.

Salienta-se que é necessário conhecer o nível de informação da população a respeito do desenvolvimento motor e dos cuidados de saúde durante o período gestacional também para que seja possível embasar ações de prevenção e promoção nas áreas de saúde da mulher e da criança.

Assim, como continuidade deste trabalho, pretende-se divulgar os resultados da pesquisa aos gestores municipais para orientar ações de promoção da saúde. Também, como possibilidades de continuidade pode-se realizar a análise estatística dos dados para que se confirme de que forma as informações pessoais das participantes influenciam o seu nível de conhecimento sobre a temática da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.A.; MANCINI, M.C.; DRUMMOND, A.F.; MEGALE, F.; CHAGAS, P.S.C.. Estimulação ambiental e uso do andador infantil por lactentes com desenvolvimento normal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, vol. 11, n. 2, p. 181-185, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 3, n. 1, 2000.

ALVES, F. *Psicomotricidade: corpo, ação e emoção.* **Walk**, Rio de Janeiro, 2003.

ARAUJO, L.B. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a três anos em centros de educação infantil, 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2013.

BALTIERI, L.; SANTOS, D. C. C.; GIBIM, N. C.; SOUZA, C. T.; BATISTELA, A. C. T.; TOLOCKA, R. E. Motor performance of infants attending the nurseries of public day care centers. **Rev. Paul. Pediatr.** vol. 28, n. 3, p. 283-289, 2010.

BISCEGLI, T.S. *et al.* Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Revista Paulista Pediatria.** vol. 25, n. 4, p. 337-442, 2007.

BLY, L. **The Components of Normal Movement During the First Year of Life and Abnormal Motor Development.** Oak Park, Ill: Neuro-Developmental Treatment Association, 1983.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.** Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal: Manual técnico.** Brasília, 2000.

CAETANO M.J.D.; SILVEIRA, C.R.A.; GOBBI, L.T.B. Desenvolvimento motor de pré-escolares no intervalo de 13 meses. **Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum.** vol. 7, n. 2, p. 5-13, 2005.

CANTELL, M.H.; SMYTH, M.M.; AHONEN, T.P. Two distinct pathways for developmental coordination disorder: Persistence and resolution. **Hum Mov Sci**, vol. 22, p. 413-131, 2003.

CARDOSO, V.; REIS, A.P. DOS; IERVOLINO, S.A. Escolas Promotoras de Saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol Hum**. vol. 18, n. 2, p. 107-115, 2008.

CASTILHO-WEINERT, L. V.; FORTI-BELLANI, C. D. **Fisioterapia em Neuropediatria**. Curitiba/PR: Omnipax, 2011.

CHAGAS, P.S.C.; MANCINI, M.C.; TIRADO, M.G.A.; MEGALE, L.; SAMPAIO, R.F. Crenças sobre o uso do andador infantil. **Rev Bras Fisioter**, vol. 15, n. 4, p. 303-9, 2011.

CORIAT, Lydia F. **Maturação psicomotora: no primeiro ano de vida da criança**. São Paulo: Centauro, 2001.

COSTA, M.C.; DEMARCH, E.B.; AZULAY, D.R.; PÉRISSÉ, A.R.S.; DIAS, M.F.R.G.; NERY, J.A.C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An. Bras. Dermatol**. vol. 85 n. 6, Rio de Janeiro, 2010.

CUNHA, A.C.V.C.; TRELHA, C.S. **Fisioterapia preventiva: uma experiência na formação profissional**. Olho Mágico, Londrina, vol. 8, n. 2, p. 21-22, 2001.

CYRINO, E.G.; RIZZATO, A.B.P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, vol. 4, n. 1, p. 59-69, 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: FioCruz, 2003.

DE LAMARE, R. **A vida do bebê**. Ed 42. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

DIAMENT, A.J.; CYPEL, S.; REED, C. **Neurologia Infantil**; 5ª edição. São Paulo, SP: Atheneu, 2010.

EICKMANN, S.H.; DE LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. **Arq Neuropsiquiatr**, vol. 60, n. 3-B, p. 748-754, 2002.

FERRARI, R.A.P.; BERTOLOZZI, M.R.; DALMAS, J.C.; GIROTTO, E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Rev Bras Enferm.** vol. 67, n. 3, p. 354-359, 2014.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; SENEFONTE, F.R.A.; LOPES, A.H.A.; MORAIS, O.O.; JÚNIOR, V.G.S.; MAIA, T.L.; DUARTE, G. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 40, n. 2, p. 181-187, 2007.

FLEHMIG, I. **Atlas do desenvolvimento normal e seus desvios no lactente: diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês.** 1ª edição. SP: Atheneu, 2005.

FONSECA, L.F.; LIMA, C.L.F.A. **Paralisia Cerebral: Neurologia, Ortopedia e Reabilitação.** 2ª ed., Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2008.

FONSECA, V. **Da filogênese à ontogênese da motricidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

FREIRE, K.; PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, vol. 31, n. 7, p. 335-341, 2009.

HALPERN, R.; GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HORTA, B.L. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **J Pediatr.**, vol. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HEKAVEI, T.; OLIVEIRA, J.P. Evoluções motoras e linguísticas de bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva de mães. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v. 15, n. 1, p. 31-44, Marília, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acessado em 26/12/2014.

LANDMANN, L.M.; RUZZA, P.; CHESANI, F.H. Espaço educacional e a possibilidade de atuação do fisioterapeuta. **Ciênc. cogn.** vol. 14, n. 3, pp. 83-91, 2009.

LEITE, F.A.; FARANY, M.I.S. O fisioterapeuta na atenção primária: uma atuação nos bastidores? **FisioBrasil Atualização Científica**, Rio de Janeiro, n. 61, p. 11-13, 2003.

LEVITT, S. **Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay**. 3ª ed. Oxford, UK: Blackwell, 1995.

LONG, T.M; CINTAS, H.L. **Manual de Fisioterapia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MANSUR, S.S.; NETO, F.R. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes desnutridos. **Rev Bras Fisioter**, vol. 10, n. 2, p. 185-191, 2006.

MARINHO, P.E.M. A visão sistêmica na Fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, vol. 12, n. 2, p. 9-14, 1999.

MERGULHÃO, C.L.; KITAMURA, J.; DIZ, M.A.R. Análise da percepção das mães sobre o desenvolvimento motor de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral. **10ª Mostra Acadêmica Unep - 10º Simpósio de Ensino em Graduação**, 2012.

MORAIS, E.N.; ALFLEN, T.L.; SPARA, P.; EL BEITUNE, P. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, vol. 20, n. 1, p. 25-32, 1998.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto alegre: Artmed, 2006.

PENHA, P.J.; JOÃO, S.M.A.; CASAROTTO, R.A., et al. Postural assessment of girls between 7 and 10 years of age. **Clinics**. vol. 60, n.1, p. 9-16, 2005.

REZENDE, M.A.; BETELI, V.C.; SANTOS, J.L.F. Avaliação de habilidades de linguagem e pessoaisociais pelo Teste de Denver II em instituições de educação infantil. **Acta Paul Enferm**, vol. 18, n. 1, p. 56-63, 2005.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consultade enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, B.S; ANDRADE, M. **A Promoção Da Saúde Na Assistência Pré-Natal Realizada Pelos Enfermeiros No Programa De Saúde Da Família**. Informe-se em promoção da saúde, vol. 4, n. 1, p. 28-30, 2008.

RODRIGUES, O.M.P.R. Escalas de desenvolvimento infantil e uso com bebês. **Educar em Revista**, Curitiba, n.43, p. 81-100, 2012.

ROSSI, F.S. Considerações sobre a Psicomotricidade na Educação Infantil. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas**, Minas Gerais, n. 1, 2012.

SILVA, R.K.; GAETAN, E.S.M. A importância da estimulação ambiental e da intervenção fisioterapêutica precoce na habilitação de crianças com paralisia cerebral: uma visão neurofisiológica. **Reabilitar.**, v.22, n.6, p.49-57, 2004.

SCHMIDT, V.V. **História Cultural e Social das Famílias: saúde e doença**. Saúde da família: pós-graduação, 25-26 de jun. de 2005. 36 f. Notas de Aula. Mimeografado.

SPÍNDOLA, B.M. A utilização de grupos de educação em saúde no desenvolvimento motor de bebês prematuros. Trabalho de Conclusão de curso de Fisioterapia - Universidade do extremo Sul Catarinense - Unidade acadêmica de Ciências da Saúde curso de Fisioterapia, 2012.

TAVARES, M.L.; SANCHEZ, C. **A psicomotricidade no processo de aprendizagem [dissertação]**. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2007.

TEIXEIRA, P.F.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ALVARES, J.; AGUIAR, R.A.T; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.13, p.2115-2122, 2008.

TEIXEIRA, R.C. Fisioterapia comunitária e geração de renda: a experiência de Belém. **FisioBrasil Atualização Científica**, Rio de Janeiro, n. 61, p. 7-10, 2003.

TECKLIN, J.S. **Fisioterapia pediátrica**. São Paulo: Artmed, 2002.

VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; KITOKO, P.K.; REA, M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**, vol. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.D.; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista de Neurociências**, vol. 17, n. 1, pag. 51-56, 2008.

ZANINI, G.; CEMIN, N.F.; PARALLES, S.N. PARALISIA CEREBRAL: causas e prevalências. **Fisioter. Mov.** vol. 22, n. 3, p. 375-381, 2009.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Luciana Vieira Castilho Weinert, Luana Martins Pereira e Thalita Cogrossi do Nascimento, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a você, mulher com idade entre 18 e 40 anos, que tenha sido mãe ou não, mas que não seja profissional da área da saúde a participar de um estudo intitulado “A percepção de mulheres sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor Típico Infantil de 0 a 12 meses”. O desenvolvimento neuropsicomotor do bebê significa a aquisição dos movimentos necessários para realizar habilidades como sentar sozinho, engatinhar, ficar em pé e caminhar. Este desenvolvimento é importante porque tais movimentos formam a base para o aprendizado na escola, como o das habilidades de ler e escrever. Assim esta pesquisa é importante porque pretende identificar o quanto as mulheres conhecem sobre estes assuntos e também fornecer orientações básicas sobre o tema. Com isto queremos possibilitar o reconhecimento de situações de risco para atraso no desenvolvimento infantil para que as pessoas possam buscar por atendimento antes que um atraso na parte motora realmente ocorra ou se torne difícil de reverter.

- a) O objetivo desta pesquisa é verificar o conhecimento das mulheres sobre o desenvolvimento neuropsicomotor infantil de 0 a 12 meses (movimentos necessários para que o bebê se desenvolva e aprenda a caminhar sozinho).
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário com alguns dados pessoais e 16 perguntas. Isto levará aproximadamente 15 minutos.
- c) Para tanto você deverá comparecer no laboratório 2, do Bloco Didático A, na UFPR Setor litoral, situada na rua Jaguaraiáiva, nº 512, Bairro Caiobá, em Matinhos (PR). Neste local amplo e arejado, haverá um espaço reservado para preservar sua privacidade e você poderá responder ao questionário. Este questionário será respondido em um único encontro durante aproximadamente 15 minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado ao tempo dispendido para responder a este questionário.
- e) Durante o preenchimento dos questionários existe o risco de você ter alguma dúvida. Assim, a pesquisadora que coletará os dados, poderá explicar todas as perguntas dos questionários, permitindo desta forma o acesso, a compreensão, e, evitando qualquer constrangimento (vergonha) que dúvidas ou mal entendidos possam ocasionar.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são proporcionar para as participantes conhecimento sobre o tema desenvolvimento infantil no primeiro ano

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientando 1 \_\_\_\_\_ Orientando 2 \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

de vida e a importância dos cuidados com a saúde materna. Acredita-se durante o período que este conhecimento torna possível identificar situações de atraso no desenvolvimento da criança para buscar atendimento o mais cedo possível e evitar que estes atrasos continuem ou piores. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

- g) A pesquisadora Luciana Vieira Castilho Weinert, responsável por este estudo, professora do curso de fisioterapia da UFPR, formada em fisioterapia (telefone 41-35118365, e-mail: lucianaweinert@gmail.com); e suas orientandas, a estudante Luana Martins Pereira, acadêmica de fisioterapia da UFPR (e-mail: lu\_marpey@hotmail), e, a estudante Thalita Cogrossi do Nascimento, acadêmica de fisioterapia da UFPR (e-mail: thalisp\_148@hotmail.com) . Poderão ser contatadas no horário das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 18:00 horas, de segunda a sexta- feira, pelo telefone disponível ou e-mail, ou no endereço do Setor Litoral da UFPR, sito à Rua Jaguariaíva, nº 512, Bairro Caiobá, Município de Matinhos - Paraná, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado
- i) Se qualquer informação deste estudo for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão, sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que participarei da pesquisa sem custos.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data:

\_\_\_\_\_  
Professora Luciana Vieira Castilho Weinert  
(Pesquisadora responsável)

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientando 1 \_\_\_\_\_ Orientando 2 \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2**  
**QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES A**  
**RESPEITO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS**  
**PRÉ-NATAIS E GESTACIONAIS**

Iniciais do Nome:

Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_

1. Você sabe o que é o acompanhamento pré-natal?

( ) Não

( ) Sim O que é? \_\_\_\_\_

2. Quando se deve iniciar o pré-natal?

( ) antes da gravidez

( ) assim que a gravidez for confirmada

( ) a partir do 3º mês de gestação

3. O pré-natal serve para a saúde:

( ) da mãe

( ) do bebê

( ) dos dois

4. A criança deve se alimentar somente do leite materno até que idade?

( ) 3 meses

( ) 6 meses

( ) 9 meses

5. Você acha que consumir álcool e/ou cigarro prejudica o desenvolvimento do bebê durante a gravidez?

( ) Sim

( ) Não

6. Caso você faça uso de bebidas alcoólicas, drogas ou cigarro você pararia de consumi-las durante a gestação?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não faço uso de nenhuma dessas substâncias

7. Parto demorado, uso de fórceps e prematuridade podem prejudicar a saúde do bebê?

( ) Sim

( ) Não

8. Você sabe com quantos meses uma criança segura objetos com a mão de forma voluntária?

- Não  
 Sim Quantos? \_\_\_\_\_ meses

9. Você acha que algumas doenças da mãe podem influenciar o desenvolvimento do bebê (por exemplo: rubéola, sífilis, toxoplasmose)?

- Sim  
 Não

10. Uma criança de 3 a 6 meses já tem controle da cabeça?

- Sim  
 Não

11. Você sabe com quantos meses o bebê rola de “barriga pra cima” para de “barriga para baixo”?

- Não  
 Sim Quantos? \_\_\_\_\_ meses

12. Todo bebê precisa engatinhar antes de andar?

- Sim  
 Não

13. Você sabe com quantos meses o bebê começa a dar seus primeiros passos sozinho (sem se segurar nas pessoas ou nos móveis)?

- Não  
 Sim Quantos? \_\_\_\_\_ meses

14. O andador ajuda o bebê a se desenvolver e andar mais rápido?

- Sim  
 Não

15. Você sabe a partir de qual idade o bebê deve ser colocado de barriga para baixo (como forma de estímulo)?

- Não  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_

16. Você acha que ambientes estimulantes, com brinquedos coloridos, com sons diferentes, com outras crianças fazem com que a criança se desenvolva mais rápido?

- Sim  
 Não



## O QUE É O PRÉ-NATAL E QUANDO INICIÁ-LO?

- O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade. O ideal é que a mulher inicie o pré-natal assim que descobrir a gravidez para uma gestação tranquila e saudável, pois é possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir a mãe e seu bebê. Durante a gravidez a futura mãe não pode consumir bebidas alcoólicas, cigarro e drogas. Isto protege o desenvolvimento do sistema nervoso do bebê.

- Algumas doenças como sífilis, toxoplasmose e rubéola também podem prejudicar o futuro bebê. Portanto, evite contato com animais, lave bem frutas e verduras antes de consumir, não coma carnes cruas, evite estar com pessoas doentes e utilize preservativo para evitar:



## DÚVIDAS SOBRE ATÉ QUANDO AMAMENTAR?

- O bebê deve ser alimentado somente com leite materno até os seis meses de idade. O leite materno contém tudo que o bebê precisa, inclusive água, além de proteger contra infecções. Após os seis meses, mesmo que o bebê já consuma alimentos sólidos, a amamentação ainda fornece grande proteção.



## INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO SEU BEBÊ!

Desde o nascimento você pode colocar o bebê deitado de barriga para baixo para estimular que ele controle o movimento da sua cabeça.

A partir dos 3 meses o bebê já controla sua própria cabeça, isto é, consegue mantê-la "firme" sem apoio.

Entre 5 e 8 meses o bebê consegue rolar e ficar deitado de lado.

A partir do 6º mês os bebês conseguem alcançar e pegar objetos que desejam.

Nem todo bebê engatinha e isto é considerado normal.

Por volta dos 12 meses o bebê começa a sair os primeiros passos.



## O ANDADOR AJUDA O BEBÊ A SE DESENVOLVER E ANDAR MAIS RÁPIDO?

- A Sociedade Brasileira de Pediatria afirma que este equipamento não auxilia o bebê a aprender a andar mais rápido, em alguns casos o bebê pode demorar mais para caminhar sozinho, e, ainda pode causar quedas e acidentes ao se aproximar de locais como fômos, piscinas e produtos tóxicos.



## DESVANTAGENS DO USO DA CHUPETA!

- Estudos mostram associação entre o uso da chupeta e a menor duração do aleitamento materno, devido a diferença entre as sucções de mama e chupeta. Além disso, o uso da chupeta pode causar disfunções de linguagem, dioxão e respiração, como desvio do septo nasal, diminuição da frequência respiratória, inflamações na garganta e pulmões, entre outras complicações respiratórias.

