

UniAGES
Centro Universitário
Bacharelado em Fisioterapia

ANA PAULA FRAGA MATOS

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM BEBÊS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS:
importância de uma estimulação precoce, por meio da fisioterapia

Paripiranga
2021

ANA PAULA FRAGA MATOS

**DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM BEBÊS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS:
importância de uma estimulação precoce, por meio da fisioterapia**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES como um dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho.

Paripiranga
2021

ANA PAULA FRAGA MATOS

**DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM BEBÊS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS:
importância de uma estimulação precoce, por meio da fisioterapia**

Monografia apresentada como exigência parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia à
Comissão Julgadora designada pela Coordenação de
Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, 01 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho
UniAGES

Prof. Dalmo de Moura Costa
UniAGES

Prof^ª. Giselle Santana Dosea
UniAGES

Dedico este trabalho a Deus, pela sua fidelidade.

Aos meus pais, Lúcia e Joaquim, pelo amor, apoio e ensinamentos que proporcionaram a
realização desse sonho.

A minha irmã, Joana, por todo incentivo e ajuda.

Ao meu esposo, Robério, que esteve ao meu lado desde o início, sendo sempre meu
companheiro.

A minha filha, Alice, que apesar de ser tão pequena, foi uma das pessoas que mais me deu
força pra lutar pelos meus sonhos.

A toda a minha família e aos meus amigos, em especial aos que a universidade me presenteou
e que pretendo ter ao meu lado para toda vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu força e coragem para vencer todos os obstáculos e dificuldades enfrentadas durante o curso, que me socorreu espiritualmente, dando-me serenidade e forças para continuar e realizar esse sonho que não seria possível sem sua presença em minha vida.

A minha filha Alice, que ainda é tão pequena, mas é quem mais me dar força para lutar e alcançar meus objetivos! É por você filha que eu luto todos os dias pra ser melhor...

Aos meus pais, minha mãe Lúcia e meu pai Joaquim, razões de toda minha dedicação em tudo que me proponho a fazer, sendo bênçãos na minha vida, estando sempre ao meu lado e me apoiando em toda a trajetória, sem medirem esforços para proporcionar o melhor para mim e para a minha família. A minha irmã Joana, por sempre estarem ao meu lado me incentivando e me apoiando no que fosse preciso, se preocupando sempre com o melhor para mim e para a minha filha.

Ao meu esposo Robério, por sempre está ao meu lado em todos os momentos sendo eles bons e ruins. Obrigado pelo companheirismo em toda trajetória e por sempre incentivar o melhor em mim, estando ao meu lado em todos os momentos e me ajudando no que fosse preciso, me deixando mais calma e mostrando que tudo iria dar certo. Obrigado por me incentivar a ser melhor e lutar pelos meus objetivos sempre!

Aos meus avós Rosentina, Netinho e Maria, por todas as orações e por toda preocupação com a neta, querendo sempre saber como estava sendo na universidade, pelas palavras de carinho, apoio, conforto e por sempre me incentivarem a nunca desistir mesmo diante de tanta dificuldade.

Aos meus sogros, Angelice e Robério, pela preocupação com os meus estudos.

A toda minha família, tias, tios, primas e primos, em especial a minha tia Cida que ajudou no momento do estágio clínico, ficando com minha filha e sempre demonstrando cuidado, carinho e atenção por ela, estendendo os agradecimentos para demais tios Quincas, Karina, João, Sandra, que particularmente sempre me apoiaram e torcem muito por mim. Aos meus primos, Patrícia, Alysso e Anderson que são muito especiais para mim.

Aos meus amigos, em especial os que a universidade me proporcionou e que pretendo levar comigo para o resto da vida, Vitória, Rafaela, Hortência, Evenny, João Adriano, Islla, Uliane, Igor, Taise, Fernanda, Rangel, Alécia, Iasmin e Sara pelos quais tenho um carinho e uma admiração enorme, tanto como seres humanos quanto como profissionais de fisioterapia e a todos da minha turma pela parceria durante a graduação.

Ao Centro Universitário AGES, que proporcionou a realização de um sonho, o Bacharel em Fisioterapia, me tornando uma profissional de excelência a partir dos ensinamentos de professores de excelência. Ao meu coordenador e orientador Fabio Luiz, por quem eu tenho um carinho e admiração tanto como profissional, quanto como ser humano. Aos meus demais professores e brilhantes fisioterapeutas, Andrezza Franca, Beatriz Benny, Elenilton Souza, Giselle Dosea, Maria Fernanda e Tiago Zago, pela contribuição para minha formação acadêmica e por compartilharem experiências de vida que irei levar comigo em minha trajetória como fisioterapeuta, me tornando uma profissional humana e podendo ver meus futuros pacientes com um olhar biopsicossocial, obrigado pelos incentivos a continuar lutando com garra e coragem. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a todas as pessoas quem contribuíram direta e indiretamente, para a realização da minha pesquisa.

Obrigada!

RESUMO

Objetivo dessa pesquisa é evidenciar a necessidade da atenção para com o desenvolvimento psiconeuromotor de uma criança, além de esclarecer que a realização de uma intervenção precoce a essa mesma criança, apresentará resultados positivos, como também ocasionará um desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade. A metodologia de construção, caracteriza essa pesquisa em método de revisão interativa, com descritores; Educação de Intervenção Precoce, Deficiência do Desenvolvimento, Relações Familiares e Comportamento de Mecanismos Comportamentais, além das fontes de buscas, que foram; SciELO, PEPSIC, PubMed, ScienceDirect, HomePages Governamentais, além de manuscritos e e-book. Além de utilizar, limitação de datas para toda a pesquisa em 2010 a 2021, enquanto para toda a composição de discussão dos resultados e conclusão, apenas entre 2014 e 2021, e não realizar filtro linguístico. Dessa maneira, o resultado encontrado para essa pesquisa, é referente ao fator, que a atuação multidisciplinar é o caminho indicado para uma estimulação segura e com um resplendor positivo a funcionabilidade motora e manual, como também a importância do papel afetivo da família nesse mesmo processo. Concluindo assim, torna-se claro, que o envolvimento entre os dois pontos, família e estimulação precoce é existente como também é de extrema importância, além de concluir que a equipe multidisciplinar presta influência não apenas no processo de intervenção precoce a criança com déficit em desenvolvimento psiconeuromotor, mas também em prepara-lo a família/acompanhante para todo o evento de tratamento, como também em capacita-lo para a realização da estimulação a domiciliar associada a brincadeiras.

PALAVRAS-CHAVE: Educação de Intervenção Precoce. Deficiência do Desenvolvimento. Relações Familiares. Comportamento de Mecanismos Comportamentais.

ABSTRACT

The objective of this research is to highlight the need for attention to the psychoneuromotor development of a child, besides clarifying that the performance of an early intervention to that same child will present positive results, as well as cause a development within the normal standards. The construction methodology characterizes this research in an interactive review method, with descriptors; Early Intervention Education, Developmental Disability, Family Relationships and Behavior of Behavioral Mechanisms, in addition to the sources of searches, which were; SciELO, PEPSIC, PubMed, ScienceDirect, Government Homepages, as well as manuscripts and e-book. In addition to using, limitation of dates for all research in 2010 to 2021, while for all the composition of discussion of results and conclusion, only between 2014 and 2021, and do not perform linguistic filter. Thus, the result found for this research refers to the factor, that multidisciplinary action is the indicated path for a safe stimulation and with a positive flush motor and manual functioning, as well as the importance of the affective role of the family in this same process. In conclusion, it is clear that the involvement between the two points, family and early stimulation is existing, as well as extreme importance, in addition to concluding that the multidisciplinary team provides influence not only in the process of early intervention to children with deficit in psychoneuromotor development, but also in preparing the family/companion for the entire treatment event, but also in training him to perform the stimulation of the home associated with games.

KEYWORDS-KEY: Early Intervention Education. Developmentdisability. Family Relationships. Behavior of Behavioral Mechanisms.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

1. Programas relacionados à Saúde Integral a Crianças	16
2. Desenvolvimento Fetal	31
3. Motricidade Fina	32
4. Estímulo à exploração na linha média	35
5. Bebê manipulando MI com as mãos na linha média	35
6. Bebê posicionado em prono, com extensão de cervical	36
7. Puxado para sentar com estímulo de controle cervical	36
8. Criança deitada no peito da mãe	37
9. Estimulação utilizando o colo do profissional	37
10. Estimulação de rolar pelo segmento visual	38
11. Estimulação de postura em posição de sentado no colo da mãe	39
12. Posição de maior adequação para carregar o bebê	39
13. Sentada com o uso de suporte	39
14. Atividade em bola suíça	40
15. Atividade com rotação de tronco	40
16. Estimulação de Função Manual	41
17. Estimulação de Função Manual Bidimensional	41
18. Evolução da visão seguindo a idade cronológica	44
19. Orientação de familiares para a estimulação precoce	47
20. Diagrama do processo de seleção do acervo	50

LISTA DE TABELAS

1. Programas e Projetos voltados a Saúde da Criança	17-20
2. Domínios do desenvolvimento humano	21
3. Principais alterações dentro os três domínios do desenvolvimento	21-23

4. Crescimento fundamental das estruturas do corpo	26
5. Desenvolvimento embrionário e fetal	28-30
6. Divisão primária e secundária da Função Motora e Manual	34-35
7. Intervenção Multiprofissional: Estimulação Auditiva	42
8. Componentes do exame ocular geral	44
9. Arquivos selecionados para a resolução da discussão dos resultados	51-55

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
DAB	Departamento de Atenção Básica
DI	Desenvolvimento Infantil
DNPM	Desenvolvimento Psiconeuromotor
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MI	Mortalidade Infantil
MMII	Membro Inferior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém Nascido
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TRV	Teste do Reflexo Vermelho
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 DESENVOLVIMENTO.....	14
2.1 Infância.....	14
2.1.1 História da Saúde da Criança.....	15
2.1.2 Fases do Desenvolvimento Infantil.....	20
2.2 Relação Materna da Criança Especial.....	23
2.3 Desenvolvimento do RN nos Primeiros Meses de Vida.....	25
2.4 Motricidade.....	31
2.4.1 Estimulação Precoce.....	32
2.4.2 Exercícios de Estimulação Precoce.....	33
2.4.3 Intervenção Precoce Multiprofissional.....	42
2.5 Relação Familiar e o Sucesso de uma Boa Estimulação.....	46
3 METODOLOGIA.....	49
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

É de comum conhecimento, que a estimulação para o desenvolvimento psiconeuromotor (DNPM) ocorrida de maneira precoce é reconhecida como um método de prevenção de modo secundário (i.e., terminologia preventiva utilizada para quando o processo patológico já encontra-se instalado no paciente); de tal maneira, os objetivos de uma intervenção precoce, seriam o ato de evitar e até mesmo reduzir/amenizar os distúrbios existentes no desenvolvimento neuropsicomotor da criança/bebê que apresenta o transtorno clínico. Tal que, esse tipo de medicina passa a ser indicado para um aumento da interação entre organismo/pessoa e ambiente/meio social, obtendo assim respostas motoras próximas ou totais aos padrões descritos como normais, além da própria prevenção de padrões atípicos (MATTOS et al., 2010).

A identificação precoce de qualquer tipo de distúrbio no desenvolvimento psiconeuromotor (DNPM), Norbert et al. (2016), reproduz uma determinação de melhor intervenção, para uma elevação das chances desta criança em possuir um crescimento neural dentro dos padrões; provindo assim que os primeiros anos de vida são consideradas como os de maior importância para o desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial de um indivíduo, tal que é neste mesmo período que ocorre a maturação do sistema nervoso central (SNC), em outras terminologias, o período de plasticidade neural. Deve-se ressaltar que todo o processo de maturação e plasticidade depende exclusivamente da estimulação gerada ao mesmo (NOBERT et al., 2016).

Segundo Carvalho Pereira (2009, apud Piaget, 2002), qualquer tipo de desenvolvimento é reconhecido com a procura de um equilíbrio sequencial e de modo progressivo, ademais uma transição continuada de um estado inicial de menor equilíbrio para um estado superior, apresentando uma evolução do status desse mesmo. À vista disso, pode-se caracterizar como seis estágios de desenvolvimento motor/individual e intelectual/social; estágio de reflexos, segundo estágio, primeiros hábitos motores, percepções e sentimentos, terceiro estágio é o de inteligência sensoriomotora como das regulações afetivas e fixações exteriores de afetividade, estágio da inteligência intuitiva, estágio das operações intelectuais e sentimentos morais, e por

último, o estágio das operações intelectuais abstratas, formação de personalidade e inserção intelectual e afetiva para a vida/sociedade adulta (CARVALHO PEREIRA, 2009).

Ademais, ressalta-se que a estimulação ocasionada para o DNPM, apresenta como recomendação da intervenção ser ocasionada de maneira preferencial antes dos 3 anos de idade, onde apresenta uma maior chance de prevenir ou até mesmo minimizar o surgimento dos padrões atípicos. Hallal et al. (2008), descrevem que a intervenção se baseia na interligação dos exercícios com a fase/estágio de desenvolvimento da criança, dessa maneira ganhando a possibilidade de uma evolução plena dos mesmos, sendo também necessário um interrogatório aos familiares e cuidadores da criança em questão sobre as necessidades sociais dos mesmos, conseqüentemente também as possíveis manifestações em cima das deficiências e incapacidades dos mesmos, durante o cotidiano (HALLAL et al., 2008).

Comumente Moreira et al. (2017, apud ¹BRASIL, 2016), exemplifica que uma intervenção precoce aumenta as chances de crianças, com restrição no desenvolvimento psiconeuromotor, apresentarem uma melhora em seu desenvolvimento, ressaltando-se que no Brasil, os primeiros programas de estimulação precoce, deram-se entrada durante a década de 1970 a 1980 (i.e., com a criação de escolas especiais); ademais alguns diagnósticos, como; Paralisia Cerebral Diparética, Deficiência Visual, Hidrocefalia, Dandy-Walker, Jacobsen, Lesão Nervosa Periférica, Atraso no Desenvolvimento, Síndrome de Down, Microcefalia, e variados outros, apresentam como necessidade a intervenção precoce, para que ocorra um desempenho adequado de todos os profissionais de saúde durante o processo de acompanhamento clínico-terapêutico (HALLAL et al., 2008; NOBERT et al., 2016; MOREIRA et al., 2017).

Este trabalho busca como finalidade final, evidenciar a necessidade de atenção para com a criança e sua infância, pois muitas das complicações na qualidade de vida futura podem apresentar-se uma redução de gravidade, caso sejam descobertas de modo precoce. Dessa maneira, essa pesquisa apresenta como objetivo geral, explanar a importância da estimulação precoce do DNPM em crianças especiais; enquanto os objetivos específicos remetem para com o ato de; delinear a importância da existência de uma relação materna para com uma criança especial e caracterizar os possíveis estímulos para o DNPM utilizados pela fisioterapia em crianças portadores de necessidades especiais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Infância

A sociedade atual de certa maneira impõe a necessidade de novas aprendizagens periódica para a adição de conhecimentos frescos que iram respondem as necessidades das crianças e adolescentes que por si apresentam uma evolução contínua. Ademais, pais e educadores apresentem frequentemente estado de confusão devido as diferentes formas de comportamento, mesmo que não seja observada de modo claro, crianças também passam por momentos complexos; pressionados por diferentes grupos sociais, escolas, amigos, pais e familiares (DEL PRETTE et al., 2017).

Del Prette et al. (2017), expõem que de modo comum, o significado de felicidade é a interpretação da ausência de situações problemáticas, como também, a existência de conforto material, diversão e mais. De modo consensual, esse estereótipo para a busca pela felicidade, não é incorreto, afinal, são fatores que sugestionam o mesmo, mas também é de conhecimento que um relacionamento afetivo de diferentes contextos amplia a qualidade do bem-estar dessa criança. Neste contexto, devesse revelar que, a existência de expectativas futuras, é importante para um aumento na capacidade do indivíduo/criança de lidar com situações adversas e estressantes (DEL PRETTE et al., 2017).

Perante a Lei nº 8.069, art.2º toda criança é considerada como tal, até a idade de 12 anos incompletos, enquanto os adolescentes passam a possuir essa intitulação, quando estão entre os doze anos aos dezoito anos de idade. Ressalta-se que está mesma lei garante a criança deficiente ou possuinte de qualquer tipo de distúrbio a ser atendida, sem discriminação ou até mesmo segregação, englobando não apenas as necessidades básicas de saúde, mais também aquelas especiais (ECA, 2019).

É de se considerar que todo o desenvolvimento infantil, a criança ainda em seu estado de dependência e imaturidade, apresentam necessidade continua para com a presença de um cuidador, garantindo dessa maneira sua sobrevivência. É entendido em contexto totalitário que toda e qualquer relação afetiva estabelecida com a criança e seus cuidadores/pais, apresenta dependência exclusiva e direta com fatores, como; adaptação na evolução da genética, fator biológico, sociocultural (i.e., variáveis sociais, ambientais, cultura que a mesma se encontra inserida). A Rede Nacional Primeira Infância (2015), deixa clara que uma criança não é apenas

um objeto de cuidado e atenção de adultos, mas que também possuem gostos e percepções únicas da realidade, além de desejos (MANFROI et al., 2011).

2.1.1 História da Saúde da Criança

Durante muito tempo as crianças apresentaram/sofreram tratamento igualitário a adultos, tolerando conseqüentemente a falta de interesse dos contribuintes públicos, estado/município para com o seu tempo de desenvolvimento infantil como para o seu crescimento. Em outras terminologias, a infância não era perceptível para a família e nem para o estado, como já citado, não visualizada como uma etapa da vida, um dos vários momentos do ciclo da mesma, composta por singularidades únicas e particularidades que se faziam a necessidade de modificação em toda a infraestrutura social, econômica e política (ARAÚJO et al., 2014).

Durante o século de XVIII, época da Revolução Industrial na Europa, se faz a inevitabilidade para o aumento da mão-de-obra já existente, criando dessa maneira a necessidade de modificação do sistema de saúde, desenvolvendo as primeiras políticas de saúde pública, que apresentavam direção direta para o controle social, serviço de saneamento e saúde. Em XI, toda e qualquer criança era vista como um adulto em pequena escala/estatura, que diferentemente dos já crescidos/em grande escala, não apresentavam características ou particularidades, como principalmente pela não linguagem desenvolvida totalmente. Já em meados de XV, a mesma começou-se a ser reconhecida, pela participação direta e indiretamente em pinturas da época, onde comumente a outras fases, não era reconhecida pelas suas necessidades de desenvolvimento físico e crescimento fisiológico, mas devido a sua graça e beleza (ARAÚJO et al., 2014).

Com o passar dos tempos, as crianças que não eram visualizadas pelo olhar biopsicossocial tornaram-se descobertas, mesmo que, os mesmos personagens, fossem vistos como instrumentos, agentes passivos, constantemente submetidos aos serviços/trabalhos, indivíduos amedrontados pelos castigos físicos que em muitos casos, eram submetidos nas casas de caridades ou hospitais onde eram alocados. No Brasil, durante o período colonial, barbaridades contra essas mesmas crianças, poderiam ser considerado um ato comum, onde conseqüentemente, é presente na história um auto índice de Mortalidade Infantil (MI) (ARAÚJO et al., 2014).

De maneira paralela ocorrerá o reconhecimento da criança em olhar biopsicossocial da comunidade com modo equiparável ao delineamento de seus direitos e a assistência à saúde, mesmo que as transformações ainda permaneçam em constante evolução. Atualmente, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), foram desenvolvidos programas como, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, que em sua instância busca elaborar e atualizar diretrizes políticas e técnicas da atenção integral à saúde, para crianças em faixa etária de zero a nove anos (i.e., 0 a 9 anos), com apoio total na implementação nos estados e municípios. Como na figura 01, as linhas de trabalho, abordam um encontro com todo e qualquer desenvolvimento relacionando aos compromissos do Brasil e seus objetivos, como o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal ou o Pacto pela Saúde e o Programa Mais Saúde (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL).



Figura 1: Programas relacionados à Saúde Integral a Crianças
Fonte: BRASIL.

As ações voltadas para a saúde da criança tornam-se necessárias e de extrema importância, diferentemente do reconhecimento existente durante o século XVIII, aonde as crianças eram visualizadas como mão-de-obra; os princípios norteadores encontrados na atualidade demonstram que a comunidade infantil necessita ser entendida como sujeito e protagonista de sua própria vida e individualidade (BRASIL, 2016; ARAÚJO et al., 2014).

Assim sendo, a partir da década de 1980 devido à modificação no modelo tecnoassistencial, mudanças em alta escala foram desenvolvidas, com o objetivo final de modificação a taxa de mortalidade existente, tanto para indivíduos recém-nascidos (RN), como para os nascidos vivos; ampliando o acesso aos serviços e a própria assistência

desfragmentando a mesma, como também aumentando e modificando o tipo de cuidado para com as gestantes e os RN. Dessa maneira, desde 1984 as ações do Ministério da Saúde para com a redução de taxa de mortalidade infantil, vêm-se comprovando eficácia (BRASIL, 2012; BRASIL, 2002).

De tal maneira, no ano de 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fora lançado, buscando abordar de modo integral com equidade todas as fases do ciclo da vida de uma mulher, incluindo a gestacional. Já no ano de 2000, o Ministério da Saúde expôs o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ao qual apresentava o objetivo de reorganizar a assistência, vinculando também, o pré-natal ao processo do parto com o puerpério, criando dessa maneira, uma ampliação ao acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde. Tal como, o ano 2004, trouxe a elaboração do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), onde o mesmo busca englobar toda e qualquer compromisso para com a implementação de ações em saúde da mulher, buscando reduzir toda e qualquer possível agravo à saúde da mesma (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2002), o Brasil, apresenta hoje dentro de sua infraestrutura, programas e políticas específicos ou que a sua maneira, apresenta um enfoque para a mesma comunidade, à infantil, como se segue alguns na tabela 01.

Data de Implementação/Construção	Nominação	Objetivo/Função
2010 início de construção.	Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.	A sua maneira, ela propõe, uma maior articulação e integração entre suas ações; como também, alinhando os princípios e diretrizes do SUS e as necessidades do público alvo, procurando em todo o período alinhar e consolidar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo, tanto a mãe, como ao bebê e família, uma amamentação exclusiva nos seis primeiros meses, com continuação até os dois anos; seguindo a toda instância, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).
1999 – Em Oito estados do Nordeste;	Projeto Carteiro Amigo	É reconhecido como um projeto de estratégia interligada diretamente para com a redução da mortalidade infantil e desnutrição em todo o país.

<p>2000 – Nas regiões de Norte, Centro-Oeste e Nordeste;</p> <p>2001 e 2002 – Aconteceu em todo o Brasil;</p>		<p>Ademias é um projeto em conjunto ao Correio brasileiro e o MS, buscando utilizar os carteiros para uma divulgação da importância do aleitamento materno.</p>
<p>1º Banco de Leite – outubro de 1943</p>	<p>Bancos de Leite</p>	<p>A utilização dos Bancos de Leite é um importante e necessária estratégia de política a favor de amamentação. Além de ser responsável pela promoção do ato de aleitamento materno, como a própria coleta, controle de qualidade, pasteurização e distribuição.</p>
<p>Implantado em 2002</p>	<p>Projeto Bombeiros da Vida</p>	<p>O mesmo trata comumente com o objetivo de aumentar os estoques, dos Bancos de Leite Humano, dentro do país, aderido pela coleta de modo domiciliar do leite ordenhado pelas próprias doadoras.</p>
<p>Adotada e Adaptada em 1996</p>	<p>Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)</p>	<p>Integra ações diretas de promoção e prevenção, incluindo atividades de assistência e tratamento de doenças que se apresentam com maior frequência durante a infância, buscando reduzir as mortes e as mesmas doenças patológicas mais comuns em crianças com faixa etária menor de cinco anos de idade.</p>
<p>Criado em 1990 em conjunto a OMS e UNICEF.</p> <p>Implantado no Brasil, 1992.</p>	<p>Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)</p>	<p>Comumente, o IHAC apresenta como objetivo, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.</p> <p>Os hospitais que apresentem serviço materno-infantil, Público ou Privado, que deseje entrar neste projeto de iniciativa, necessita passar pela aprovação ocasionada pelo processo de Critérios Globais, que no Brasil, compreende uma adesão aos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”.</p>
<p>Implantação em 2007</p>	<p>Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso:</p>	<p>De modo inicial, é um método que parte dos princípios da atenção Humanizada, buscando em sua totalidade, reduzir o tempo de separa entre o bebê e sua progenitora,</p>

	Método Mãe-Canguru	auxiliar ao controle térmico da criança, além de contribuir também no controle de risco em infecções hospitalares, aumentando o processo de aleitamento e mais; melhorando a sua maneira o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo, como também, contribuindo para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais.
10 de dezembro de 1997.	Campanha Registro Civil	Lei nº9. 534. Deixa claro que a mesma, garante ao RN, o direito a sua certidão de nascimento, como caso necessário a certidão de óbito, sem ser cobrado valor para a mesma.
2006 foram implantados em 27 municípios brasileiros	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)	Programa criado em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria, Secretaria de Direitos Humanos e do Ministério da Justiça. Ademais buscando priorizar as medidas preventivas nas questões de acidentes e violência na infância. Devido essa junção de órgãos governamentais o Protocolo de Atenção à Violência, criando dentro da rede básica de saúde, fora montado para as equipes de Saúde da Família e para a construção da Cartilha de Violência Intrafamiliar e Direitos Humanos, utilizada pelos agentes comunitários de saúde, gerando dessa maneira subsídios para o reconhecimento de pessoas/crianças em ocorrências de violência intradomiciliar.
1994 pela Cor da Letra	Projeto Biblioteca Viva	É um projeto que objetiva a qualidade da atenção dentro dos períodos em que crianças se encontra internadas ou assistidas, no nível ambulatorial. Apresenta também, a ideia de minimizar a dor, juntamente da angústia e a expectativa, buscando um auxílio na leitura.

<p>Segundo relatos, o projeto fora desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Comunitária (USFC), situada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na cidade do Natal/RN, em agosto de 2008 a agosto de 2009.</p>	<p>Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD)</p>	<p>Essa é uma atividade que ocasiona uma garantia de qualidade de vida da criança, permitindo o ato de evidenciar de modo precoce possíveis transtornos que iram afetar sua saúde, capacidade mental e social. Ademais o mesmo possibilita a visão global da criança, onde a mesma encontra-se inserida no contexto há que vive, permitindo à sua maneira uma humanização do atendimento em medida que a conhece.</p> <p>Como também, apresenta como característica um elo articulado vinculado às ações do PAISC, visando em sua totalidade avaliar e assistir todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.</p>
---	---	--

Tabela 1: Programas e Projetos voltados a Saúde da Criança

Fonte: BRASIL, 2002; BRASIL, 2017; DE ARAUJO, 2003; ROCHA, et al., 2016; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; CAMPERO et al., 2010.

2.1.2 Fases do Desenvolvimento Infantil

O Desenvolvimento Infantil (DI) é reconhecido como etapa fundamental para o crescimento humano em geral. De Souza et al. (2015) expõem em sua pesquisa, que é indispensável à presença de um ambiente acolhedor e qualificado para que todo o progresso de desenvolvimento da criança ocorra de modo saudável. Tal modo, que o processo de DI é caracterizado e visualizado como os estágios iniciais de inserção do ser humano a sociedade, tanto a que reside como toda e qualquer outra (DE SOUZA et al., 2015).

Ressalta-se que cada período de DI é condicionado e seguido com ligação direta à sociedade que essa criança se encontra inserida, com uma reprodução de qualquer momento participada pelo mesmo ou de qualquer instante histórico vivenciado; é acertado que principalmente por conta do condicionamento particular própria de maturação do organismo, especificamente do sistema nervoso. É adequado de conhecimento que todo e qualquer prosperidade da psique, apresenta relação direta com a realidade, e que todo e qualquer ser humano lida com essa mesma realidade a sua própria maneira (PASQUALINI et al., 2016).

Pasqualini et al. (2016, apud Vigotski) refere uma sintetização para com a ideia, todo o conceito social para o DI, é referente à relação existente é estabelecida entre uma criança e o próprio meio que a rodeia, independentemente de sua peculiaridade/especificação de cada idade ou período de desenvolvimento em questão. Papalia et al. (2013), expressam que dentro da busca pelo entendimento do desenvolvimento humano, existem três domínios (tabela 02), do eu, físico, cognitivo e psicossocial, embora sejam domínios de diferentes contextos, cada um apresenta-se como uma relação interligada, dessa maneira, o aspecto do desenvolvimento de um domínio irá afetar ao outro. Dessa maneira, na tabela 03, Papalia et al. (2013), acrescentam também as principais alterações dentro os três domínios do desenvolvimento, descritos na tabela 2.

DOMÍNIO	FUNÇÃO
Desenvolvimento Físico	Relação com o crescimento do corpo, cérebro, habilidades motoras e sensoriais, além da própria saúde.
Desenvolvimento Cognitivo	Correlação à memória, linguagem, atenção, pensamento, aprendizagem, raciocínio e a própria criatividade.
Desenvolvimento Psicossocial	Relações Sociais, Emoções e Personalidade.

Tabela 2: Domínios do desenvolvimento humano.

Fonte: PAPALIA, et al., 2013.

FAIXA ETÁRIA	FÍSICO	COGNITIVO	PSICOSSOCIAL
Período Pré-natal	Fertilização; O gene realiza interação com o ambiente; Formação de estrutura e órgãos, crescimento também do cérebro; Crescimento físico com maior taxa de aceleração do ciclo da vida; Vulnerabilidade às influências ambientais.	Capacidade de aprender e lembrar, como respostas aos estímulos sensoriais.	Aprende a responder a mãe, voz da mesma, como também a própria preferência pela mesma.
Primeira infância - até a idade de 3 anos.	Todos os sentidos e sistemas apresentam funcionamento de graus diferenciados; Aumento de complexidade cerebral,	Capacidade de apreender e lembrar, já se encontram presentes, mesmo nas primeiras semanas de nascimento;	Formação de vínculo afetivo; Desenvolvimento de autoconsciência; Momento de passagem da

	com excessiva influência de ambiente; Desenvolvimento das habilidades motoras, como o próprio crescimento físico.	Ao fim do segundo ano de vida, o uso de símbolos e capacidade de resolução de problemas é formado; Compreensão e uso de linguagem.	dependência para autonomia; Desenvolvimento de interesse por outros indivíduos/crianças
Segunda Infância - 3 a 6 anos	Constante crescimento, mudança na aparência, tornando-se mais esguio juntamente com mudança nas proporções; Diminuição de apetite, com comuns distúrbios de sono; Desenvolvimento de preferência que uso único de uma das mãos, juntamente com aprimoramento das habilidades motoras finas e gerais, como o próprio aumento de força muscular.	Desenvolvimento de pensamento egocêntrico, elevação na compreensão de pontos de vista; Imaturidade Cognitiva; Memória e linguagem são aprimoradas; Inteligência é mais previsível; Experiência em pré-escola/jardim de infância.	Criação de autoconhecimento e compreensão de emoções, juntamente com aumento de autoestima; Independência elevada, como o autocontrole e processo de iniciativas; Desenvolvimento de identidade de gênero; O ato de brincadeiras tornou-se mais imaginativo, elaborado e social; Criação dos sentimentos/emoções de altruísmo, agressão e temores não comuns; Permanece como foco em sua vida, à família, mas ainda sim, apresenta enfoque em outras crianças.
Terceira Infância - 6 a 11 anos	Redução na velocidade de crescimento; Evolução na força física e habilidades atléticas; Surgimento comum de doenças respiratórias, mas de maneira geral para o ciclo da vida é	Redução na taxa de egocentrismo; Início dos pensamentos lógicos; Evolução no processo de linguagem e memória;	Autoconceito é mais complexo, possivelmente afetando a autoestima; Toda e qualquer correção irá

	considerada melhor época de saúde.	Sistema cognitivo evolui, possibilitando o ato de se beneficiar da instrução acadêmica; Possíveis surgimentos de talentos ou necessidades educacionais adicionais.	refletir diretamente no controle dos pais; O surgimento do status de importância fundamental para os colegas.
--	------------------------------------	--	---

Tabela 3: Principais alterações dentro os três domínios do desenvolvimento

Fonte: PAPALIA, et al., 2013.

Ademais, a criança apresenta uma variedade de características, como também é um ser vulnerável, e por esse fator, não é correto impedir a compreensão de sua e qualquer vontade e como qualquer ser humano merece ser respeitado incluindo suas competências, além da própria preocupação para o desenvolvimento; todo o contexto de DI é compreendido e defendido por cada artigo da Carta dos Direitos da Criança (i.e., ligada diretamente a busca da felicidade da infância e o próprio gozo para o bem-estar da mesma e sociedade); Devido à limitação das habilidades cognitivas-morais, é de extrema importância que cada profissional de saúde da área pediátrica, a obrigação é de agir para a promoção do bem à mesma e ao fim cumprir a ética profissional (CHEIO, 2016; Organização das Nações Unidas, 1959).

2.2 Relação Materna da Criança Especial

Em perspectiva trazida por Silva et al. (2015), durante a fase de DI, a criança cria a necessidade de vincular-se a mãe e/ou cuidador, interligação essa, não apenas a psicológica, mas a fisiológica também. Ademais é salientada que esta união acima de qualquer hipótese funciona claramente como uma subsistência é manutenção de todo o desenvolvimento maturacional. De maneira conseguinte a forma que a criança é familiarizada/introduzida aos cuidados de sua família/cuidador, são futuramente implicadas as relações futuras como também na sua opção de objeto (i.e., uma pessoa ou um tipo de indivíduo como dono/objeto de amor). Silva et al. (2015, apud Bowby, 2004), deixam caracterizada que toda e qualquer figura-materna, têm como sua figura associativa a uma base de segurança, sendo a mesma uma pessoa/indivíduo a qual a criança irá se reportar caso necessário além de projetar toda e qualquer necessidade (SILVA et al., 2015).

De Oliveira et al. (2017), expõem que toda e qualquer configuração materna entre a mãe e a criança é ocasionada durante o início da vida/estágio intrauterino (i.e., período inicial do desenvolvimento da criança), dessa maneira as relações futuras são concebidas pelas experiências experimentadas nesses primeiros contatos. É de extrema necessidade abordar o conceito que, para o desenvolvimento dentro dos padrões normativos é de extrema importância a existência de estímulos, que iram contribuir para o desenvolvimento emocional, intelectual e social; além do estímulo, quando a relação mãe-filho é vista como positiva, além de auxiliar no desenvolvimento dessas três vertentes (i.e., emocional, intelectual e social) acaba resultando também na criação de um adulto bem sucedido com um bom convívio social (DE OLIVEIRA, et al., 2017).

Ressalta-se que, não é existente o termo, “melhor mãe” devido a dois fatores; primeiramente, por conta do fator, “mãe substituta”, identificada como aquele indivíduo a quem, o bebê/criança seleciona para direcionar suas necessidades, apresentando-se em um tempo limitado/provisório da criança, pós desde que a figura de apego/substituta se comporte de modo materno para a relação com o bebê, assumindo todo e qualquer comportamento para o mesmo, esta criança tratara essa efígie como sua mãe natural. Enquanto o segundo motivo é cabido a existentes diferentes circunstâncias a quem essa criança está exposta/família, dessa maneira o comportamento materno irá variar de acordo com o status social e recurso físico da família a qual essa criança está inserida, sendo assim, o relacionamento mãe-criança bem sucedido nem sempre irá garantir um adulto bem sucedido a toda criança existente no mundo (SILVA et al., 2015).

É de fundamental importância ressaltar que o desenvolvimento infantil apresenta relação direta com os valores e crenças dos pais, que a sua maneira influenciam as ações dessas mesmas em seu futuro, como também todo e qualquer desenvolvimento/relacionamento, depende exclusivamente de um processo de reciprocidade entre essa criança e esse adulto/pais, dessa maneira, toda e qualquer dificuldade materna encontrada durante o processo educacional do filho, como as estratégias para a educação do mesmo são fatores essenciais para o comportamento social futuro (DE ALBUQUERQUE FROTA et al., 2011).

O primeiro impacto sentimental da relação mãe-criança é visualizado/compreendido como as mudanças expressivas dos mesmos, que são apresentados durante o crescimento físico e emocional, como também as habilidades tanto linguísticas como motoras. Desse modo, todas as novas capacidades adquiridas pela criança, iram constituir em desafios para a mãe, se fazendo

necessário um conhecimento da mesma para com a situação, ampliando consecutivamente a relação afetiva entre os dois (DE ALBUQUERQUE FROTA, et al., 2011).

Ademais, a abordarmos de modo direto a relação materna para crianças especiais, encontramos presentes nos pais, principalmente nas mães, níveis altos os sentimentos de insegurança, medo, ansiedade, cansaço, estresse, comportamentos de superproteção para com essa criança, além das necessidades a adoção novas posturas e adaptações. Medeiros et al. (2012, apud Cunha, Enumo e Canal, 2007), expõem que a presença de baixa expectativa das mães para com seus filhos influenciam de modo direto o desempenho dos mesmos, além de induzir a exploração da sociedade e inspirar uma limitação da qualidade de vida dos mesmos, como também a interação de outros indivíduos com os futuros adultos especiais (MEDEIROS, et al., 2012).

De modo, específico, as condições patológicas da infância, envolvem toda a família, fazendo com que esse mesmo sistema, sinta-se responsável pelo cuidado e bem-estar da criança, tal que toda e qualquer tarefa complexa ou não imposta à mesma, dolorosa ou não. Outra ressalva é relacionada a todo o condicionamento imposto a essa relação, ocasiona uma sobrecarga para todo o vínculo familiar, mesmo que, o peso maior seja na ligação mãe-criança, pois a mesma geralmente é a maior envolvida em todo o processo de tratamento (i.e., internações, tratamento clínico em ambulatório, processos cirúrgicos, consultas clínicas), como também o ato de interagir com outras crianças portadoras de mesmas dificuldades clínicas ou outras necessidades especiais (BARBOSA et al., 2012).

2.3 Desenvolvimento do RN nos Primeiros Meses de Vida

O desenvolvimento humano é gerado por fases diversas, onde todo o crescimento é uma somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e até morfogenéticos, fazendo com que toda a organização dessa somatória seja pré-determinada pela herança genética com uma modificação única pelo ambiente. Na condição normal, já selecionada pelo RNA, cada célula, tecido, órgão, iram crescer em grau, padrões e velocidades própria; ademais, Moreira (2011), traz a conceituação de quatro títulos fundamentais de crescimento humano, visualizados na tabela 03; o crescimento geral, que irá trabalhar com as dimensões corpóreas externas, incluindo crescimento ósseo e excluindo o desenvolvimento encefálico, o mesmo apresenta correlação direta com os dados de IMC (Índice de Massa Corpórea), especificamente com a relação entre

o peso e estatura. O outro título é o crescimento neural, que como a própria terminologia expõem apresenta relação com todo o sistema neurológico (i.e., cérebro, cerebelo, sistema ocular e mais.) (MOREIRA, 2011).

Já o outro tipo de titulação/classificação é o crescimento linfóide, redirecionado ao sistema linfático e seus segmentos, com idade de maturação entre os 8 e 10 anos, já o último conjunto de desenvolvimento é o Genital, que apresenta a ligação clara com testículos, ovários e outros, ressaltando que todo o crescimento genital irá primeiramente apresentar-se em um estado de hibernação, onde demonstra um pico aceleração durante a faixa da puberdade. (MOREIRA, 2011).

TÍTULO	CRESCIMENTO
Crescimento Geral	Corpo com um todo, incluindo dimensões externas (i.e., exceção de cabeça e pescoço), tecido muscular, ósseo, sistema sanguíneo incluindo quantidade/volume, órgãos respiratórios, digestivo, rim, baço e circulatório. Este crescimento é representado pela curva existente entre o peso e estatura, que em aspecto geral é visualizada como S, com dois períodos de maiores velocidades (i.e., zero a dois anos).
Crescimento Neural	Cérebro, cerebelo e estruturas incluindo perímetro cefálico, sistema ocular. Apresenta-se intensidade de desenvolvimento dentro os dois primeiros anos de vida.
Crescimento Linfóide	Gânglios linfáticos, amídalas, adenóides, timo, folículos linfóides intestinais. Ressalta-se que o desenvolvimento máximo dessas estruturas é entre os 8 e 10 anos de idades.
Crescimento Genital	Testículos, ovários, epidídimo, vesículas seminais, próstata, útero e anexos. Esses tipos de estruturas permanecem em hibernação durante a faixa de 8 a 10 anos de vida, para que seu crescimento demonstre uma aceleração durante as transformações físicas que iram ser correspondidas durante a faixa da puberdade.

Tabela 4: Crescimento fundamental das estruturas do corpo.

Fonte: MOREIRA, 2011.

Enquanto todo o cronograma de desenvolvimento sexual apresenta seu próprio processo biológico básico, sendo ademais, iniciado na fase de lactância, quando esses recém-nascidos (RN) demonstram a necessidade de um quadro de estimulação oral e/ou manual; devemos ressaltar também, que todo o processo de sexualidade humano é subdividido com as diferentes

etapas do desenvolvimento; Fase da Primeira Infância - do nascimento aos 4 anos, Fase Pré-escolar – dos 4 aos 6 anos, Fase da Segunda Infância - dos 6 anos à puberdade, Fase da Adolescência - 10 a 18 anos, Fase da Maturidade – incluíse toda a idade adulta e pôr fim a Fase da Velhice/Idade avançada - Menopausa feminina de 45 a 55 anos e Menopausa masculina em faixa de 50 anos. É de conhecimento extra que a segunda infância também é reconhecida como período de latência, a fase pré-escolar como período edipiano enquanto a fase adolescente, fisiologicamente todas as características sexuais secundárias iram apresentar-se em desenvolvimento com evidencia do dimorfismo entre os gêneros. (MOREIRA, 2011).

Carvalho Pereira (2009), descreve em sua literatura seis tipos de estágios de desenvolvimento, sendo o 1º o estágio reflexo também conhecido como mecanismo hereditário, 2º etapa dos primeiros hábitos motores, juntamente com a percepção de organização e modificação de sentimentos, temos o 3º estágio, o da inteligência sensomotora, regulações afetivas e as próprias fixações exteriores da afetividade, 4º momento, que apresenta ligação com a inteligência intuitiva, sentimentos espontâneos e as próprias submissões ao adulto, 5º interligado aos movimentos intelectuais conhecidos como concretos, além dos sentimentos morais e sociais, e por último temos o 6º estágio, que apresenta ligação com as operações intelectuais abstratas, além da própria formação de personalidade e inserção intelectual para com a sociedade adulta, incluindo a afetividade também (CARVALHO PEREIRA, 2009; MOREIRA, 2011).

Ademais antes dos 6º estágios de DI, é existente a faixa de 38 semanas do desenvolvimento humano, onde incluíse o período embrionário (i.e., 1ª semana a 8ª semana) e fetal (i.e., 9ª a 38ª semanas), como vemos na tabela 05. Desse modo, fica-se claro que todo o desenvolvimento do RN apresenta relação direta com uma quantidade de processos/etapas que com sua evolução apresenta o surgimento do bebê, tal como, em cada etapa o enfoque é múltiplo e único (figura 02), mas na mesma instância apresenta sua própria linha de importância de processo para o desenvolvimento do RN (CARLSON, 2014).

Ressaltamos que o desenvolvimento embrionário é iniciado com o processo de desenvolvimento do Zigoto, que após todo o processo de mitose (i.e., divisão celular) realiza-se a nidação, também conhecida como a etapa em que a ciclagem se fixa nas paredes do útero; em base, esse primeiro processo equivale a 1 semana de duração, tendo em vista que o momento inicial (i.e., em outros termos, a mitose), ocorre em apenas 24 horas após a fecundação. Ademais, ao fim bem sucedido da nidação, o desenvolvimento dos anexos embrionários e folhetas embrionárias são gerados; os mesmos apresentam a função única de proteger e nutrir

– anexos embrionários - camadas celulares que apresentaram futuramente a nomenclatura de tecido tegumentar – folhetas embrionárias (CARLSON, 2014; CARVALHO PEREIRA, 2009).

Tal que, o sistema nervoso e o próprio sistema sensorial são formados a partir do ectoderme, uma variante do organogênese; que derivando dessa nomenclatura, fica-se de conhecimento clínico geral, que os primeiros órgãos do corpo humano a serem formados, é o encéfalo, medula espinhal e a própria coluna vertebral, também derivados do processo de organogênese. Deve-se ser ressaltada uma diferença importantíssima para o desenvolvimento humano/feto, o processo/desenvolvimento embrionário é assim denominado quando o bebê ainda se encontra em criação dos órgãos, além de ser o momento de maior sensibilidade a possíveis abortos, como também maior vulnerabilidade a má formação. Em outro momento é reconhecido o período de fetal, momento esse que todo o feto se encontra formado (i.e., após a 12ª semana) e segue até o nascimento da criança, como também identificado como o momento que o feto se encontra em processo de amadurecimento (MOREIRA, 2011; CARLSON, 2014; CARVALHO PEREIRA, 2009).

SEMANAS	CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO
1ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Gametogênese; • Fertilização Ovularia; • Clivagem; • Nidação; • Vilosidades 1ªrias
2ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Término da implantação - Reação Tecidual; • Embrioblastos (Epi e Hipoblastos); • Cavidade Amniótica; • Cavidade Vitelina; • Vilosidade 2ªrias
3ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrulação • Embrioblasto (Epi, Meso e Endo). • Neurulação (Linha primitiva, Notocorda e Tubo Neural). • Celoma intraembrionário • Somitos • Criação dos Vasos e Sangue; • Vilosidades 3ªrias;
4ª à 8ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de Organogênese; • Surgimento dos derivados das camadas embrionárias; • Dobramentos no plano horizontal e medial, dobramento cefálico e Caudal; • Desenvolvimento do Corpo cilíndrico;
Apenas na 4ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Criação dos Arcos faríngeais;

	<ul style="list-style-type: none"> • Início do desenvolvimento do Encéfalo anterior, juntamente dos membros superiores e final do desenvolvimento dos membros inferiores (MMII); • Fossetas ópticas, placóides do cristalino; • Fechamento do neuróporo anterior e caudal;
5ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento primordial das mãos e pés; • 1º arco faríngeais – estrutura da face; • Processo primordial do Sistema Urinário;
6ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Primórdios dos artelhos (dedos) - mãos e pés; • Início das estruturas internas do ouvido; • 1º Espasmos Musculares;
7ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de definição do pedículo vitelino; • Posicionamento do Intestino juntamente com a herniação umbilical; • Ossificação dos membros superiores;
8ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Separação dos artelhos (Dedos); • Surgimento dos primeiros movimentos involuntários; • Ossificação nos membros inferiores; • Extinção da “cauda”; • Surgimento das orelhas; • Sexo – Características sexuais iguais; • Surgimento das pálpebras; • Surge o plexo epitelial;
9ª à 38ª Semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Momento de desproporção da cabeça com o resto do corpo;
9ª à 12ª Semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Tamanho do mesmo dobra; • Face à larga (i.e., olhos separados, orelhas baixas, pálpebras fundidas); • Início do processo de diferenciação sexual – Final da 9ª semana; • Ovários - iram conter folículos primordiais; • Hematopoese inicia - medula óssea; • 11ª semana - formação do intestino; • 9ª semana - Eritropoese do fígado; • 12ª semana - diminuição do fígado e formação baço; • Processo de formação de Urina;
13ª à 16ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Dá 14ª à 16ª semana - Início dos Movimentos coordenados, Ossificação ativa, Movimento dos olhos; • Definição dos pelos; • Sexo - Diferenciação externa; • Posicionamento das estruturas da face;
17ª à 20ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da Velocidade do crescimento; • Final do desenvolvimento dos membros (Proporção final); • Movimentos reflexos aumentados (i.e., pontapés) 145 dias – aproximadamente na 20ª Semanas; • Abdômen - Distender;

	<ul style="list-style-type: none"> • Pele – Surgimento da proteção contra atritos e aderências (deposição de gordura); • Funcionamento das glândulas Sebáceas • 20ª semana - Primeiros pelos, sobrancelhas, surgimento da gordura; • Testículos - Processo de descida iniciado;
21ª à 25ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Peso - Ganho; • Detecção - Odor e paladar; • Pele – Enrugada, Translúcida; • Olhos – Movimentos rápidos; • Produção de Líquido Surfactante; • 24ª semana – Surgimento das unhas;
26ª à 29ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Possível Nascimento Prematuro – prematuro devido peso; • Movimentos respiratórios comuns; • 26ª semana – abertura pálpebras, lanugo e cabelos do couro cabeludo; • Gordura subcutânea - começo do armazenamento • Pele – Levemente enrugada; • Testículos descem para o escroto (Homens); • Hematopoese - Apresenta-se com um aumento do baço até a 28ª semana, a medula óssea assume e continua após nascimento da criança;
30ª à 34ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexo pupilar; • Unhas alcançam as pontas dos dedos das mãos; • Testículos - entram no escroto; • Regressão dos vasos hialoides;
35ª à 38ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> • Força muscular • Inserção do Cordão Umbilical - posição central do abdômen; • Surfactantes do pulmão - Secretadas maiores quantidades; • Mielinização do cérebro; • Meninos – maior comprimento e peso que meninas; • Testículos no escroto; • Ovários - Acima da borda da pelve;

Tabela 5: Desenvolvimento embrionário e fetal

Fonte: CARLSON, 2014.

É reconhecido que a partir da 12ª semana, o feto, já apresentará fisionomia igualitária a humana, enquanto que em média da 16ª semana, a mãe começa a sentir os movimentos de seu feto. Ademais, é importante explanar que ao fim do período fetal os membros inferiores e região do tronco, apresentam um aumento na velocidade de crescimento, além do mesmo apresentar uma medição aproximada de 25cm ao fim da 28ª semana, enquanto que ao último mês de gestação, esse mesmo feto demonstra um aumento de seu diâmetro em formato de uma bolha; como também, devido a expansão da região infra-umbilical e o aumento do tórax, ocorre-se

uma alteração na posição do cordão umbilical, ocasionando ao mesmo uma posição dentro/no centro da região abdominal, mesmo que após o nascimento a circunferência da região torácica seja menor que a encefálica/cabeça. (MOREIRA, 2011; CARLSON, 2014).

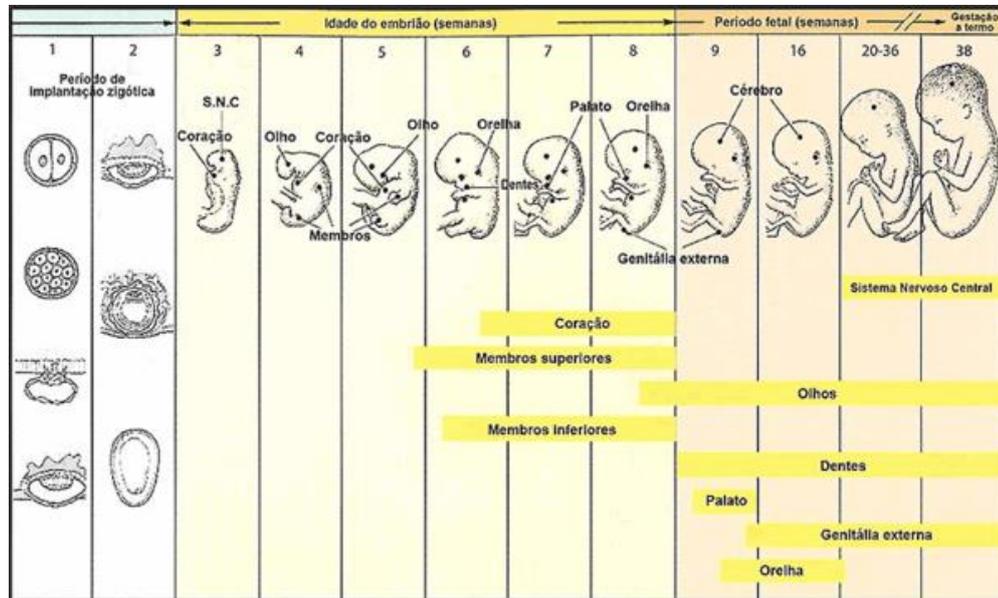


Figura 2: Desenvolvimento Fetal

Fonte: Google Fotos

2.4 Motricidade

Como exposto por Silva (2016), o desenvolvimento motor, é um processo demorado e contínuo, com o acréscimo do fator sequencial da transformação dos movimentos simples para habilidades mais complexas e organizadas. É na fase da infância que os princípios motores se começam a ser dominados onde também se encontram receptíveis aos próprios estímulos surgidos pelo ambiente externo/relações sociais. Neste ponto, é ressaltado todo o conhecimento adquirido durante o percurso escolar, com extrema importância para a aquisição de novas aprendizagens, onde por meio dessas o desenvolvimento dos esquemas motores e posturais são dominados. Dessa maneira a psicomotricidade, deriva-se da junção psiquismo e fator motriz, onde referem-se dos movimentos e os próprios determinantes das atividades psíquicas (ZORZAN et al., 2019).

Tal que, é essencial ao educador/familiar/profissional pôr à disposição das crianças todos os recursos que são à sua maneira, adequados para o desenvolvimento motor do mesmo, incluindo a evolução da motricidade geral e motricidade fina, inerente à sua faixa etária.

Podemos ver na figura 3, os fatores necessários para o desenvolvimento da motricidade fina, de qualidade, segundo Boulch (2001, apud Viveira, et al., 2017), ao fim, ressaltamos que a brincadeira apresenta papel fundamental para todo e qualquer crescimento, sendo ele motor, afetivo e/ou cognitivo (VIVEIRA, et al., 2017).



Figura 3: Motricidade Fina
Fonte: VIVEIRA et al., 2017.

2.4.1 Estimulação Precoce

A estimulação precoce é ocasionada de modo inicial pela realização de brincadeira, para que o mesmo aprenda a realizar os movimentos de modo mais controlado. A atualidade, com toda a sua pesquisa científica, para com o corpo humano e sua relação com mundo interno e externo, dessa maneira é os movimentos de descoberta da criança que permitem todas as descobertas da mesma incluindo o próprio campo motor, por exemplo, ao estimular a capacidade de escrita, ao fim, você está estimular a motricidade fina enquanto ao estimular a leitura realizamos a estimulação de representação (VIVEIRA et al., 2017; ZORZAN et al., 2019).

O ato de estimular precocemente, não apresenta relação direta com a função patológica, mas sim ao ser perceptível qualquer alteração natural do desenvolvimento do RN. Dessa maneira, brincar permite de modo primitivo o crescimento harmonioso, devido ao ato de permitir uma atividade física, uma estimulação biopsicossocial, como também o educando para as AVDs (Atividades de Vida Diárias) (CARVALHO PEREIRA, 2009; DE ALBUQUERQUE FROTA et al., 2011).

Os transtornos do neurodesenvolvimento demonstram uma caracterização de manifestação clínica que ao aumentar a idade, podem ocasionar déficits que iram variar entre limitações específicas até mesmo prejuízos em âmbito global (i.e., habilidades sociais e a própria inteligência). Rosi et al. (2018), ressaltam a necessidade de atenção para com o tipo de estimulação que está sendo oferecido a essa criança/bebê, pois quando uma estimulação sistêmica é ocasionada torna-se impossível esse indivíduo não obter resultados em níveis comportamentais. Ademais a ideia/caracterização de déficit está associada à sustentação da noção que o bebê está a manifesta determinada dificuldade em relação aos outros bebês do mesmo período de nascimento (ROSI et al., 2018).

A medição de uma discriminação que é perceptível pode-se ser computada com a visualização do aumento da velocidade e precisão em uma determinada atividade que exige a motricidade fina; mas para que esse desenvolvimento seja ocasionado é de fundamental importância que o trabalho seja direcionado a articulação que realiza o movimento desejado, pois a mesma é considerada o núcleo fundamental para tal ato (ROSI et al., 2018).

A estimulação precoce, segundo Silva (2017), é classificada como uma Estimulação Essencial ao Desenvolvimento, com o objetivo de desenvolver o sistema sensorio-motor, cognitivo, e afetivo do bebê, além da própria integração família-bebê. Deve-se ser esclarecido que os bebês que apresentam baixo peso e são prematuros, são considerados, de modo isolado como um dos principais fatores que apresentam correlação com a morbidade e mortalidade neonatal (SILVA, 2017).

Toda a estimulação precoce, busca a possibilidade de evoluir todo o potencial do indivíduo, dessa maneira, quanto mais imediata seja a intervenção (i.e., dê modo preferencial, antes dos 03 anos de idade) elevam-se as chances de prevenir ou até mesmo minimizar todos os padrões de movimento anormais que estão sendo desenvolvido pelo bebê, trazendo dessa maneira, como já exposto um desenvolvimento perfeito ou o mais próximo do possível do normal (SILVA, 2017).

2.4.2 Exercícios de Estimulação Precoce

Dentro dos exercícios utilizados para o processo de estimulação, encontramos a necessidade de fatores básicos para ação, como o currículo do profissional, além do método adotado, técnicas, recursos educacionais, brinquedos e a própria brincadeira; dessa maneira,

cada ponto deste deve-se ser voltado à criança, fazendo assim parte das práticas da estimulação do mesmo. Desse modo, a estimulação precoce é configurada como a primeira atividade educativa do mesmo, principalmente as crianças da educação especial (CARDOSO et al., 2019).

Há depender da idade, esses exercícios podem incluir dentro de seu contexto, um treinamento cognitivo computadorizado, além de jogos computadorizados e não-computadorizado, como também os exercícios aeróbicos, artes macias, circuitos e outros. Dessa maneira, toda a estimulação é de recomendação que seja realizada por uma equipe multidisciplinar/multiprofissional, onde a sua composição, é incluso, os professores, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, além dê em alguns casos, fonoaudiólogo (CARDOSO et al., 2019).

Dentro da possibilidade de estímulo, a Diretrizes de Estimulação Precoce, para crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (2016), explanasse que dentro dos exercícios de estimulação, eles iram ser separados nas divisões de necessidade, auditiva, visual, função motora, função manual, habilidades cognitivas e sociais, comunicação e linguagem e motricidade orofacial; dentro dessas divisões primárias, é identificado as subdivisões (tabela 7), diferentemente da tabela 06, onde encontramos apenas a subdivisão e possibilidades de exercícios para a estimulação da função motora além da capacidade direcionada a função manual (BRASIL, 2016).

DIVISÃO PRIMÁRIA	SUBDIVISÃO	INFORMAÇÕES/OBJETIVO
Função Motora	Estimulação da Linha Média; Estimulação Controle Cervical; Estimulação do Rolar; Estimulação do Sentar; Estimulação do Arrastar; Estimulação da postura de gata e do engatinhar; Estimulação da postura ajoelhada e agachada; Estimulação do semiajoelhado e transferência para o ortostatismo;	Maximizar o potencial de cada indivíduo; É importante o contato físico da criança e o terapeuta, para a promoção das sensações de espaço, partes do corpo; A estimulação deve-se ser feita com variados objetos de diferentes cores, texturas, ruídos, além da interação tátil, com a massagem Shantala. A estimulação deve-se seguir uma linha de acontecimentos, baseando-se nos principais

	Estimulação do ortostatismo estático e do andar;	marcos de seu desenvolvimento.
	Estimulando a exploração do ambiente;	
Função Manual	Apresenta associação a quase toda a experiência sensório-motora vivenciada pelo RN. Estímulo de alcance, preensão e manipulação de objetos concretos/maleáveis do dia-a-dia da criança.	As atividades apresentam a capacidade de serem associadas ao momento de terapia ou até mesmo, aos momentos domiciliares, (i.e., momentos de brincadeiras).

Tabela 6: Divisão primária e secundária da Função Motora e Manual

Fonte: ²BRASIL, 2016.

Os exercícios de estimulação apresentam descrição por ²Brasil (2016), das seguintes formas; exercícios de Função Motora apresentam-se como, estimulação da linha média (figura 4 e 5), ocasiona ao bebê o ganho de dominância para com o movimento de membros superiores, linha média, além de fortalecer toda a musculatura abdominal, alongar a cervical como também o alcance dos pés com as mãos.



Figura 4: Estímulo à exploração na linha média

Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 5: Bebê manipulando MMII com as mãos na linha média.

Fonte: ²BRASIL, 2016.

Por outro lado, é existente também a estimulação do controle cervical, que faz necessário a existência de um processo de sinergia entre musculatura flexora e extensora do pescoço além do tronco superior. Ademais, essa estimulação ocasiona até mesmo uma estimulação em nível supino e em decúbito lateral. Deve ser ressaltado que com a postura de prono, adquirisse uma melhor simetria corporal, além de auxiliar na gravidade, como fator estimulante, como vimos na figura 6, também encontramos a possibilidade de utilizar bolas terapêuticas e outros variados objetos para o auxílio do processo, além do próprio ato de estimulação do puxar para sentar (figura 7), além da forma mais doce, o bebê posicionado ao colo da mãe (figura 8), para que seja estimulada também a extensão da cervical (2BRASIL, 2016).



Figura 6: Bebê posicionado em prono, com extensão de cervical.
Fonte: 2BRASIL, 2016.



Figura 7: Puxado para sentar com estímulo de controle cervical.
Fonte: 2BRASIL, 2016.



Figura 8: Criança deitada no peito da mãe.
Fonte: ²BRASIL, 2016.

Outro tipo é a estimulação de rolar, que a ser atingido à postura, mesmo que inicialmente possa ser necessário um auxílio para o mesmo, o terapeuta pode apoiar os ombros ou até mesmo a pelve do bebê, para auxílio de impulso ao movimento. Ressaltando que às vezes, pode ser necessário ajudá-lo na liberação do braço nos movimentos de rolar de supino para prono, quanto vice-versa; toda essa estimulação irá promover estímulos vestibulares e labirínticos, reação essa necessária para o movimento de rolar, como vemos na figura 9 e 10 (²BRASIL, 2016).



Figura 9: Estimulação utilizando o colo do profissional.
Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 10: Estimulação de rolar pelo segmento visual.
Fonte: ²BRASIL, 2016.

Além da mesma, é existente a estimulação do sentar, que ao ser entendido todo o processo de desenvolvimento psiconeuromotor que é realizado pelo modo contínuo é dependente de todas as ações e repetições existentes relacionadas aos padrões. Tal que, para essa postura seja dominada, é de extrema necessidade um domínio exemplar e sinérgica da musculatura do tronco é membros inferiores, como também o desenvolvimento completo do controle cervical e reações de retificação e proteção. Essa postura, segundo ²Brasil (2016), pode ser realizada com auxílio de bola, rolo, colo do terapeuta, boias infladas, cantinhos de sofás/poltrona e mais. Comumente, deve-se ser incentivado o ato de carregar o bebê sentado, no braço (i.e., como uma cadeirinha) ou até mesmo apoiado no abdômen do indivíduo, como também, a prática as atividades lúdicas com essa mesma criança no chão, são recomendados para o seu desenvolvimento. (²BRASIL, 2016).

As atividades em solo podem-se ser necessárias de auxílio para manter o equilíbrio do tronco do indivíduo/bebê através de apoio através da pelve, como também em determinados casos se faz necessário o ensinamento para gerar o apoio anterior com as mãos dos mesmos. Desse modo, com o processo de recompensa, à medida que o mesmo apresente melhor no controle de tronco, pode-se ser oferecido o seu brinquedo favorito como recompensa. Como também atividades sentadas em bola, cavalo de borracha ou colo do terapeuta, tudo isso seguindo um processo de evolução para o ganho de equilíbrio de tronco (²BRASIL, 2016).



Figura 11: Estimulação de postura em posição de sentado no colo da mãe.
Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 12: Posição de maior adequação para carregar o bebê.
Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 13: Sentada com o uso de suporte.
Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 14: Atividade em bola suíça.
Fonte: ²BRASIL, 2016.



Figura 15: Atividade com rotação de tronco.
Fonte: ²BRASIL, 2016

Outra estimulação já descrita, é a de engatinhar/gato, que irá se fazer necessário que o mesmo possua uma fixação consagrada da cintura escapular e pélvica, onde novamente se faz necessário o apoio de mão com acréscimo do cotovelo estendido, além da possibilidade de utilização da bola/rolo/colo terapêutico. Esse tipo de estímulo pode-se ser desenvolvido com o incentivo visual de brinquedos a frente da criança/bebê, ressalta-se que não é incomum a necessidade de auxílio para a troca de postura no início do processo de desenvolvimento. Como também a estimulação da postura ajoelhada e agachada, que apresenta sua necessidade clara, direcionada ao preparo do bebê para o alcance da postura de bípede, além de facilitar a passagem para o movimento de sentado (²BRASIL, 2016).

Tal como, ²Brasil (2016), expõem que a mudança de posição (i.e., sentado para dê pé), especialmente na faixa de criança, irá ser comum apresentar um déficit no ato de dissociar os movimentos da perna, como da própria mudança de posição. Para tal estimulação ocorra de se faz necessário um estímulo que apresente estratégias de equilíbrio no tornozelo e quadril, como ocorre o estímulo do ortostatismo estático e do andar, que irá se basear na criança apoiada em móvel ou pessoa, para assim promover o desequilíbrio do mesmo, para frente, para trás e lados. (²BRASIL, 2016).

Por fim, temos a estimulação de exploração de ambiente, onde claramente, expõem a necessidade de um ambiente que ofereça oportunidade de exploração e movimentação do mesmo, além de se fazer necessário que seja incentivado a engatinhar, para o mesmo desenvolver uma variedade sensações e movimentos (i.e., baixar a cabeça, movimentar os membros em ambientes com amplitudes diferentes), favorecendo o desenvolvimento de noções espaciais, como “em cima” e “embaixo”, além de “dentro” e “fora” (BRASIL, 2016).

Todo e qualquer estímulo deve-se ser pensando e visado para o melhor benefício do bebê. Mesmo que a estimulação de função manual possua associação direta aos outros estímulos já efetuados; ressaltando-se que essa estimulação, apresenta seguindo todos os momentos de brincadeiras como também os momentos terapêuticos, criando assim, variedades de experiência, incluindo texturas variadas também. Na figura 16, pode-se ser visualizada uma estimulação de função manual, onde podemos variar a textura do brinquedo e formato, enquanto na figura 17, pode-se observar a estimulação de maneira bilateral, utilizando a duas mãos, onde também se pode gerar uma variação de diâmetro, material, peso e forma. (BRASIL, 2016).



Figura 16: Estimulação de Função Manual.
Fonte: BRASIL, 2016.



Figura 17: Estimulação de Função Manual Bidimensional.
Fonte: BRASIL, 2016.

2.4.3 Intervenção Precoce Multiprofissional

Nas atividades de Estimulação, é possível fazer juntamente com uma equipe multidisciplinar, onde irá apresentar indivíduos de diferentes áreas, como, professores, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros profissionais, que possuem tanto atribuições específicas como gerais, que culminarão no cuidado aquela criança, visando potencializar o crescimento/evolução/desenvolvimento. Dessa maneira, ²Brasil (2016), expõem que o desenvolvimento de zero a três anos (0 a 3 anos) é incluso/existente a necessidade da estimulação auditiva, visual, motor, função manual, cognitivo e linguagem, além da própria motricidade orofacial (DE LIMA RAIMUNDO et al., 2019).

ESTIMULAÇÃO MULTIPROFISSIONAL	DESCRIÇÃO	HABILIDADES
Desenvolvimento Auditivo	É descrita como a função sensorial que irá permitir a aquisição e o próprio desenvolvimento da linguagem oral e produção de fala.	Atenção Sonora; Localização Sonora; Síntese Binaural; Separação Binaural; Memória; Discriminação; Fechamento; Ordenação Temporal; Resolução Temporal;

Tabela 7: Intervenção Multiprofissional: Estimulação Auditiva.

Fonte: ²BRASIL, 2016.

²Brasil (2016), descreve à sua maneira, que a localização sonora, é relacionada à localização auditiva, enquanto a síntese binaural é relacionada à habilidade de interagir aos estímulos enquanto a separação binaural, é o desenvolvimento da habilidade de escutar com apenas uma orelha e ignorar com a orelha oposta. Ademais, é apresentada também a habilidade de identificar a mensagem primária com presença de sons competitivos, reconhecida como figura-fundo. Enquanto a memória trabalha com a função para estocar e recuperar estímulos que lhe são impostos. Outra habilidade auditiva adquirida com os estímulos é a discriminação, uma habilidade que apresenta a função de distinguir quando um estímulo é igual a outro ou diferente (²BRASIL, 2016).

É existente também a habilidade auditiva de fechamento, onde irá apresentar um aumento de sua percepção, identificado toda e qualquer parte que é omitida, por algum motivo, outro fator é a Ordenação Temporal, que trabalha com o processamento de múltiplos estímulos

auditivos, além de sua ordem de ocorrência (i.e., criando a capacidade de discriminar as ocorrências em ordem cronológica), enquanto a resolução temporal apresenta ligação com o tempo de necessário para o evento acústico (²BRASIL, 2016).

Antes do desenvolvimento completo seja finalizado, é de extrema importância que esse bebê tenha formado/completado as habilidades de detecção auditiva, discriminação e reconhecimento auditivo, além da compreensão auditiva. De acordo com a Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal, todo o neonato que apresente uma não resposta adequada ao processo de triagem e monitoramento, deve-se ser encaminhado ao processo de diagnóstico funcional, ressaltando que para esse diagnóstico de qualidade é necessária uma intervenção otorrinolaringologista e audiologista (²BRASIL, 2016).

Por outro lado, para o desenvolvimento visual, que apresenta início ainda na vida intrauterina com continuação após o nascimento, com acréscimo de fator de maturação neurológica e ambiental. As experiências visuais auxiliam no desenvolvimento do SNC, como também do sistema ocular que ainda se encontram imaturos após o nascimento. ²Brasil (2016, apud Hofling-Lima e Costa, 2009), demonstra em seu estudo que todo crescimento óptico não depende exclusivamente apenas da estrutura ocular, mas também da exposição às radiações ópticas nas diferentes áreas corticais e subcorticais, que com o auxílio do cérebro humano, torna-se possível a compreensão (²BRASIL, 2016).

A evolução visual segue etapas/processos de desenvolvimento, que iram estabelecer o contato visual, além de gerar o movimento ocular, como também sorrir para outros indivíduos, incluindo o processo de reconhecimento de familiares e objetos; como também o ato de piscar para os objetos que se encontram em aproximação do campo visual. Dessa maneira não é incomum uma criança/RN nascer com baixa visão, mas que à medida que vai crescendo e desenvolvendo-se juntamente com o SNC o sistema visual vai a melhorar também. É de extrema importância realizar o rastreamento visual ativo de modo de inspeção externa, juntamente com teste de reflexo vermelho (TRV), para a detecção de possíveis causas, antes do RN recebe alta hospitalar da maternidade e logo após o nascimento do mesmo. Os recém-nascidos devem ser submetidos ao TRV, antes da alta hospitalar e a pelo menos dê 2 a 3 vezes por ano, durante os 3 primeiros anos de vida (²BRASIL, 2016).

Ressalta-se que qualquer suspeita de alteração visual, durante a infância, o mesmo deve ser encaminhado aos serviços de oftalmologista para um exame ocular do tipo geral, tabela 08. Ao fim da avaliação, os dados iram permitir um reconhecimento de perfil da resposta visual dessa criança/bebê. Tal que, todo o desenvolvimento do sistema visual da criança, apresenta o

surgimento único de modo automático ou espontâneo, em meados de episódios raros. (BRASIL, 2016).

NOMINAÇÃO	CARACTERIZAÇÃO
Exame Externo da Face e Olhos	Observa-se a simetria e posicionamento os mesmos e seus anexos (i.e., pálpebras, supercílios, margens orbitárias, frequência do piscar, cílios, conjuntivas, fenda palpebral, brilho ocular além da presença de manchas brancas, e mais).
Avaliação dos Reflexos Fotomotores das Pupilas	Presença de reflexos fotomotores das pupilas de maneira direta como também de modo consensual.
Avaliação da Motilidade Ocular	Observado o alinhamento dos olhos, com a fixação do foco de luz/objeto, além da capacidade de manter-se com o objeto focado e realizar movimentos ao mesmo tempo. Esperado dentro o terceiro mês de nascimento, importante fazer uma observação durante a oclusão de cada olho separado, devido à relação aos casos de estrabismo.
Medida da Acuidade Visual	A ocluidade visual apresenta-se de baixa qualidade, por conta da imaturidade cortical e ocular, com elevação de qualidade gradual. Desse modo, pode-se ser avaliado pela capacidade de fixação e pelas respostas comportamentais visomotoras aos estímulos que lhe são expostos durante o avanço da idade cronológica (figura 18).

Tabela 8: Componentes do exame ocular geral

Fonte: BRASIL, 2016.



Figura 18: Evolução da visão seguindo a idade cronológica.

Fonte: BRASIL, 2016.

Ademais a intervenção do desenvolvimento o sistema motor, apresenta surgimento inicial, com os primeiros anos de vida do mesmo, incluindo primariamente com as funções de reflexo e como todos os tipos de desenvolvimento existente, o motor, também evoluem de modo gradual, organizado e sequencial. Ao que se refere o desenvolvimento motor, todo o acompanhamento do progresso do mesmo, é realizado por meio de uma avaliação observacional da motricidade espontânea, de modo dirigida e liberada, incluindo a avaliação do tônus muscular, avaliação das reações e reflexos primitivos, como também o próprio desenvolvimento motor normal, além da avaliação instrumental das medidas motoras (BRASIL, 2016).

Comumente, é recomendado que a avaliação da motricidade espontânea de um bebê de até 3 meses de vida, seja observado 5 pontos, de extrema importância; o primeiro é o movimento da criança em relação à simetria, em outros termos, ser movimentos serem apresentados simetricamente; o segundo é a presença da espontaneidade para o abrimento e fechamento de suas mãos; em terceira instância, os membros inferiores e superiores, iram apresentar um grau de liberdade durante a realização do movimento. Em quarto lugar temos a presença de movimentos de “busca e fuga”, e por último, temos a presença de uma redução dos membros inferiores em comparação dos membros superiores, além do fator da presença do movimento de maneira ocasional do movimento de pedalar, com a intercalação dos movimentos de fletição ou entendimento, de maneira simétrica (BRASIL, 2016).

Por outro lado, a motricidade provocada, é visualizada como um complemento geral da motricidade espontânea, onde como o próprio nome aborda, o profissional de saúde, por meio dos variados sistemas existentes, provoca uma variada de estímulos, buscando o movimento dos membros inferiores na função de acompanhar o estímulo, simetria na qualidade do movimento e por último existência de movimento brusco dos membros superiores. (BRASIL, 2016).

Como também, o desenvolvimento da motricidade irá englobar a função localizada, que segundo Souza, Gondim e L. Junior (2014), expõem como uma denominação referida para quando a criança é sustentada com apenas uma das mãos enquanto a criança apresenta-se em semissentada, deixando o corpo da mesma livre para realizar movimentações espontâneas. E por fim, temos a motricidade dirigida, que irá apresentar-se devido a estímulos que são feitos ao corpo da criança, com esse teste, é esperado que esse estímulo tátil, desencadeie uma resposta uma movimentação dos membros superiores. Ressalta-se que a avaliação de tônus é de extrema importância, além de ser visualizado como um dos sinais mais evidentes de modificações de desenvolvimento do sistema neuro-sensório-motor (BRASIL, 2016).

Por outra instância, temos o processo de desenvolvimento cognitivo e linguagem; que apresenta como característica a capacidade de compreender, pensar e decidir além de apreender há como agir no mundo. Desse modo, é importante manter o histórico de desenvolvimento do mesmo, em observação, para que assim, o profissional possa computar o nível de progressão dessa criança. Por outro lado, a linguagem irá realizar o papel de grande importância na criação da percepção dessa criança, além da recepção e estruturação das informações que lhe são passadas é estimulada. Por último, é existente a estimulação da motricidade orofacial; apresentando relação direta como o processo de amamentação dessa criança. (BRASIL, 2016; JERUSALINSKY, 2002).

Com o movimento de ordenha (i.e., abaixamento, protusão, elevação e retrusão), é estimulado a esse RN, o crescimento da região facial, principalmente a região da mandíbula, buscando a prevenção de futuros problemas dentários. Ressalta-se que a avaliação estrutural orofacial, deve-se ser realizada pelo médico fonoaudiólogo. Dessa maneira, o processo de aleitamento deve-se ser exclusivo em até 6 meses de vida da criança. (BRASIL, 2016).

2.5 Relação Familiar e o Sucesso de uma Boa Estimulação

Segundo Brasil (2016), o ato de cuidar de uma criança apresenta relação direta com a atividade e a necessidade de habilidades/competências para tal ato, que de certa maneira, são conhecidas como uma tarefa fácil ou até mesmo de modo espontaneamente desenvolvido, ressalta-se que a família precisa/carece adaptar-se às novas disputas/contestações/reinvindicações. Tal que, o desenvolvimento do bebê irá ser mediado e estimulado, seguindo a interação das pessoas próximas a ele. É de importância maior que a família desses RN, seja composta por indivíduos capacitados para a realização de todos os tipos de estimulação que irá se fazer necessário (i.e., estimulação motora, cognitiva, linguagem e mais) (BRASIL, 2016; BRAGA et al., 2005).

Esse processo de passagem de informações é de extrema importância para os familiares, pós a sua maneira é trazido a esses entes queridos, uma tranquilidade e fortalecimento do sentimento de superação para com a enfermidade. Ressaltamos que essa capacitação não possui correlação na transformação do familiar em profissional, mas sim, capacita-lo de conhecimento necessário para o processo de enriquecimento do tratamento, criando a possibilidade de

interligação do tratamento clínico ao contexto pessoal desse indivíduo/criança/bebê. (BRAGA, et al., 2005).



Figura 19: Orientação de familiares para a estimulação precoce
Fonte: ²BRASIL, 2016.

Toda essa participação da família durante a estimulação do neurodesenvolvimento torna o conjunto de etapas, em algo menos mecânico/prático, para uma incorporação afetiva, integrada ao cotidiano, ecológica, elevando o grau de efetividade dos estímulos impostos. Tal que, de modo comumente, é extremamente necessário que antes da intervenção conjunta, a família passe pela intervenção psicológica, para que seja realizado e auxiliado aos familiares sobre toda a compreensão do processo de elaboração do protocolo de tratamento do RN, além das próprias representações simbólicas que serão utilizadas e apresentadas pelos pacientes mirins correlacionadas aos DNPM (Desenvolvimento Psiconeuromotor), trazendo dessa maneira uma facilitação para a aderência da proposta clínica (²BRAGA, 2016; BRAGA et al., 2005; POLLI, 2010).

Ademais, é de extrema importância ressaltar que toda a efetivação ocasionada pela interação/intervenção entre o familiar-tratamento-paciente, deve-se ser planejada de modo precoce e toda essa participação se faz necessário um conjunto de objetivos específicos, juntamente com uma sequência de aconselhamento profissional, além de ser recomendada a presença de apoio social, para seguir a proposta de encorajamento dos cuidadores, transformando assim a mesma em algo perceptível com uma elevação na facilidade para as conquistas de seus esforços e iniciativas (PEREIRA et al., 2014).

Em pesquisas, torna-se apontado que as mães são aquelas com maior contato com as crianças, onde as mesmas apresentam-se como responsáveis em totalidade para a realização das tarefas domésticas e cuidados diários. Dessa maneira, toda a rede de apoio criada para o auxílio dessas mães, é composta de modo quase exclusivo por avós, ademais, essa rede de apoio não é

conhecida por ser exclusiva para mulheres, como é mostrado em dados de pesquisa, que em uma faixa de 50% dos indivíduos do sexo masculino, realizam e/ou auxiliam nos afazeres domésticos, podendo-se assim, serem inseridos nessa “pequena” rede (DE AZEVEDO et al., 2017).

A presença de país irá estabelecer a essas crianças um ambiente com ar acolhedor, além de organizar uma variedade de contexto que ao fim, auxiliaram no desenvolvimento/proteção e mecanismos da criança a que lhe são impostas. Dessa maneira, segundo De Azevedo et al (2017) é de conhecimento que a participação do quadro familiar na intervenção de crianças portadoras de deficiência, irá apresentar uma resposta elevada aos cuidados/estímulos, diferentemente daquelas crianças/pacientes que dê alguma maneira, não encapasses dê serem apresentadas a este tipo de protocolo interventivo (DE AZEVEDO et al., 2017).

3 METODOLOGIA

A construção desse projeto foi realizada seguindo as orientações de trabalho para uma revisão integrativa, pelas normas da instituição, ressaltando que esse projeto apresenta vinculação ao Centro Universitário UniAGES, residente da cidade de Paripiranga/Bahia. Toda o mecanismo do projeto fora realizado seguindo um contexto de revisão integrativa onde reuniu-se conteúdos dados dos anos entre, 2010 a 2021 para toda a elaboração da fundamentação teórica, ademais para o restante da produção (i.e., discussão dos resultados e conclusão do projeto) apresentou-se redução da datação de corte para 2014 a 2021, como também, não fora utilizado filtragem linguística.

Já os fatores de exclusão e inclusão, foram; o aprofundamento de conteúdo; datação para a construção da fundamentação teórica e para a construção da discussão dos resultados e conclusão; duplicidade de conteúdo/assunto/conceituação com outros trabalhos; Compreensão dificultaria de resumo e por último Descritores não correlacionados com o tema central dessa pesquisa.

Esse mesmo projeto fora elaborado utilizando 4 descritores, encontrados do sistema de pesquisa DeCS (Descritores em Ciências da Saúde); Educação de Intervenção Precoce (Early Intervention, Educational); Deficiência do Desenvolvimento (Learning Disabilities); Relações Familiares (Family Relations) e por último o descritor, Comportamento e Mecanismos Comportamentais (Behavior and Behavior Mechanisms). Utilizando uma quantidade de 176 autores/documentos que apresentam correlação com os descritores e dentro da datação estipulada e modo geral, que ao ser realizado a filtragem primaria permanecerá apenas 47 acervos documentados, e ao fim, para a filtragem secundaria, fora utilizado apenas 8 pesquisas. Ademais, as fontes de busca escolhida, foram; SciELO, PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) PubMed, ScienceDirect, HomePages Governamentais (i.e., Diretrizes de Saúde, Legislação e Leis), além de manuscritos e e-book.

Tal que para a construção da fundamentação teórica, dos 176 autores/pesquisas analisados 120 foram excluídas, devido à falta de aprofundamento de conteúdo (i.e., conteúdo correlacionado com o tema de pesquisa era escasso), restando assim, 56 pesquisas, onde foram eliminados mais 5 autores, por conta dá não correlação entre tema, resumo e conteúdo além da própria igualitariedade dos mesmos com outras pesquisas encontradas, e por fim, dos 51 arquivos permanecidos, 4 foram excluídos devido a complicações de compreensão e não concordância para com a pesquisa. Ademais, dos 47 arquivos restantes da primeira filtragem

foram selecionados para a segunda etapa de eliminação, apenas 8 autores foram vinculados à seleção de construção do processo de resolução dessa pesquisa (tabela 09).

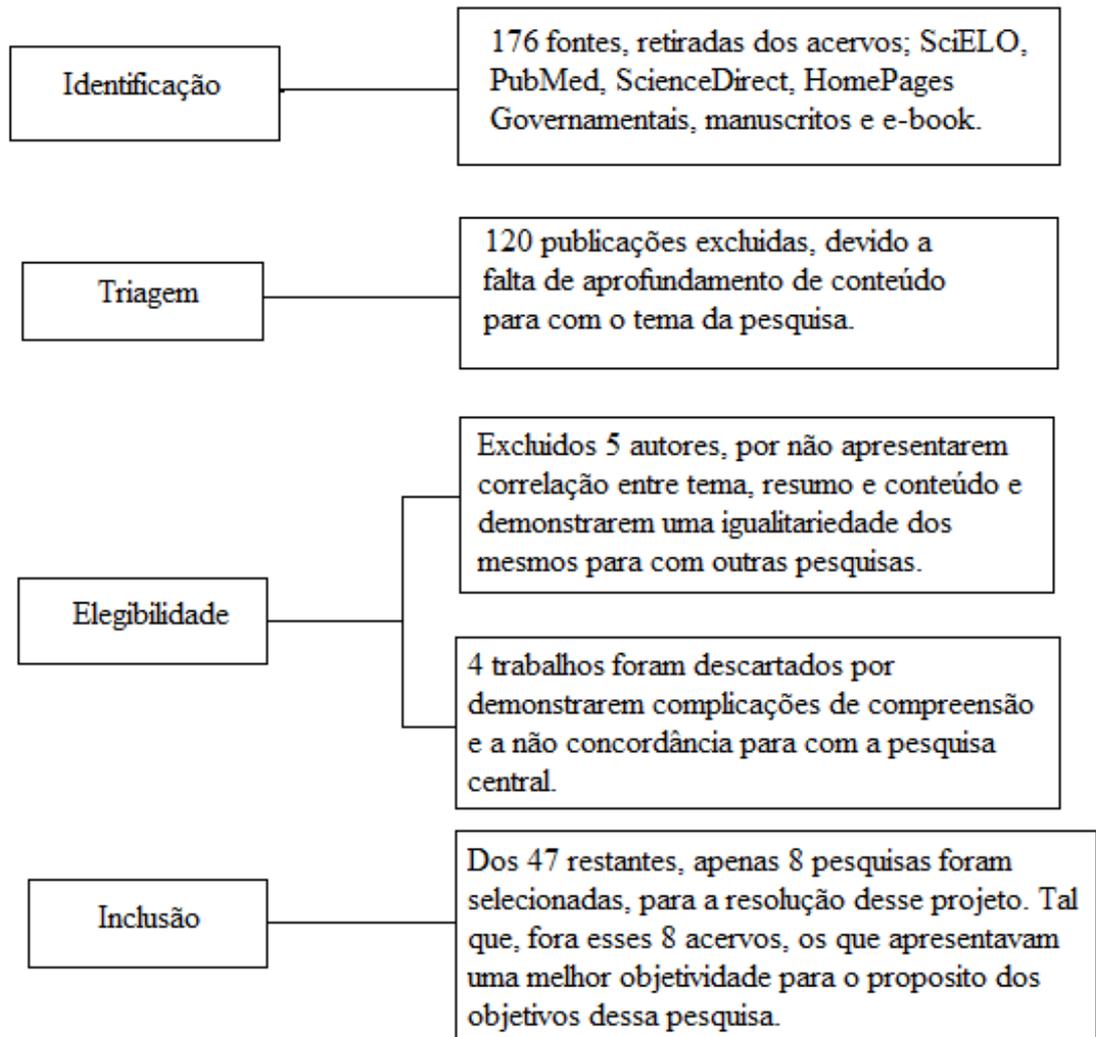


Figura 20: Diagrama do processo de seleção do acervo.

Fonte: AUTOR, 2021.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

AUTOR	METODOLOGIA	OBJETIVO/RESULTADOS
<p>ARAÚJO, et al., 2014</p>	<p>Nome: História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Submissão: 08-09-2014. Método: Revisão Bibliográfica. Acervo: SciELO.</p>	<p>Objetivo: Descrever e refletir sobre os pontos interligados aos visualização da história social e das políticas públicas direcionadas assistência da saúde da criança no Brasil; Resultado: A evolução da participação/importância da criança na sociedade brasileira, é perceptível com a redução de óbitos além do próprio aumento do índice de desenvolvimento e aplicação de campanhas públicas de vacina. Mesmo que os profissionais de atendimento durante as campanhas devem-se atuar tendo como base a busca pela implantação das políticas públicas vigentes, abortando não apenas o processo de desenvolvimento, mas até a futura vida sexual do mesmo. Ademais, é de extrema importância a presença de investimento nessa área pública de saúde, procurando a sua maneira a promoção, prevenção e a própria qualidade de vida desses indivíduos.</p>
<p>¹BRASIL, 2016</p>	<p>Nome: Protocolo de Atenção Básica: Saúde da Criança. Acervo: Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Versão: Preliminar 2014 Vigor: 2016 Método: Revisão bibliográfica</p>	<p>Elevar a resolutividade de todas as equipes de saúde ocasionando como resultado uma elevação na quantidade e qualidade da prática e apoio de todo o trabalho; apresentando como oferta de assistências tecnológicas e educacionais, do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), que empregaram esforços para a produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na Atenção Básica (AB).</p>

		<p>Ao fim, esse material busca gerar uma qualificação da atenção para a saúde a criança além da própria tomada de decisão dos profissionais, incluindo a base nas evidências/programas e políticas de todo o âmbito.</p> <p>Todo o programa e políticas desse âmbito nacional, apresentam a função básica de complemento, para as áreas do MS, Caderno de Atenção Básica, além de Protocolos de Encaminhamento da AB para a Atenção Especializada.</p> <p>Ademais, ressalta-se que esse seja um material para a busca da qualificação dos profissionais referentes aos atendimentos clínicos, como também um guia organizacional dos serviços propostos pela AB.</p>
² BRASIL, 2016	<p>Nome: Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Acervo: Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção Básica.</p> <p>Versão: 1ed., 2016.</p> <p>Método: Revisão de literatura específica juntamente com instrumentos necessários para a estimulação durante o processo de reabilitação.</p>	<p>Objetivo: Apresenta-se como objetivo primário, a ocorrência de orientações para com as equipes multiprofissionais que participam do processo de cuidados com crianças entre 0 e 03 anos de idade, ademais essas mesmas orientações são inclusas fatores como; estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor das mesmas.</p> <p>Resultado: Este projeto resultou o clareamento para uma nova perspectiva do Desenvolvimento Neuropsicomotor, promovendo a sua maneira um acervo de orientações específicas aos todos os profissionais que realizam a função de reabilitação, onde incluí os profissionais de fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psicopedagogos, profissionais de assistência social e mais, além da própria atuação de orientações familiares para as crianças que sofrem atraso de desenvolvimento.</p>
CARDOSO, et al., 2019	<p>Nome: Early stimulation in early childhood</p>	<p>Objetivo: Buscou à sua maneira, reconhecer toda a importância da estimulação precoce durante a educação infantil, onde inclui o</p>

	<p>education: a psychometric study. Método: Estudo do tipo bibliométrico de com cunho quantitativo e qualitativo. Acervo: SciELO. Datação de Periódicos: 1995 – 2016. Amostra: 39 periódicos de ampla leitura. Versão: Publicação 18-03-2019.</p>	<p>marco legal da Diretriz Educacionais sobre Estimulação Precoce, apresentado pelo MEC, como fator direcional. Resultado: Ao fim da pesquisa, fora emergido a importância das ações e práticas de estimulação que serão influenciadas pelas vivências familiares (i.e., cuidados básicos, toques afetivos), sendo assim descrevendo a importância do canto familiar para o desenvolvimento da estimulação, além da própria permanência da criança no ambiente escolar e o papel do professo neste processo, ressaltando que o mesmo, deve apresentar a capacitação adequada para a compreensão de seu papel na equipe multidisciplinar de intervenção.</p>
<p>DE AZEVEDO, et. al., 2017</p>	<p>Nome: Evaluation of stimulation and support in the family environment offered to children with cerebral palsy. Versão: Publicação 25-10-2017. Amostra: 17 mães e 2 pais de crianças portadoras de paralisia cerebral. Método: Quantitativos avaliados de maneira descritiva. Entrevista: Domicílio, centros de atendimento à criança, instituição educacional. Questionário: EC-Home</p>	<p>Objetivo: Avaliar toda a frequência da estimulação e o próprio apoio à criança dentro do ambiente familiar, levando em considera a perspectiva dos pais. Resultado: Fora demonstrado que os pais se apresentam como responsáveis para com as necessidades de os filhos além apresentarem a necessidade de manter-se próximo de seus filhos/crianças, além buscarem oferecer os estímulos necessários para com os aspectos da linguagem e pontos acadêmicos. Ao fim, ressalta-se que essa pesquisa ao fim, máxima a ideia de que a interferência da família máxima estimulação que se pode ser oferecido aos filhos, aumentando o processo de desenvolvimento infantil.</p>
<p>PASQUALINI, et al., 2016</p>	<p>Nome: Periodização do desenvolvimento infantil e ações educativas. Método: Durante a construção foi criado espaços de discussão</p>	<p>Capítulo retirado de uma proposta pedagógico onde a mesma aborda de maneira única a formação da tríade forma-conteúdo-destinatário, como também do desenvolvimento psíquico que apresenta inclinação direta ao processo de desenvolvimento socio-cultura infantil. Tal</p>

	<p>coletiva e espaços de participação.</p> <p>Versão: Publicação 04-02-2016.</p> <p>Amostra: Capítulo 3 da Proposta Pedagógica da Educação Infantil.</p>	<p>que a sua maneira, determinando a visualização da criança na sociedade, ressaltando que os períodos de desenvolvimento infantil se apresentam de modo comumente com uma interligação aos condicionamentos sociais a que lhe é empregada.</p>
SILVA, 2017	<p>Nome: Atuação da Fisioterapia Através da Estimulação Precoce em Bebês Prematuros.</p> <p>Método: Revisão Integrativa</p> <p>Amostra: 16 periódico</p>	<p>Objetivo: Apresenta como necessidade, a identificação de quais os fatores causais presentes no atraso do desenvolvimento motor e em como esse mesmo atraso/déficit afeta o bebê desde o seu nascimento.</p> <p>Como também, trabalha com a busca pelo almejar de conhecimento para com a importância da fisioterapia para a prática da estimulação precoce ou até mesmo para o processo reabilitacional do dos RN's necessitados.</p> <p>Resultado: Revelado ao fim, que todo o apoio do cuidador juntamente com a interligação afetiva entre o RN e a família do mesmo, contribuem de modo significativo para toda a evolução do tratamento, enquanto que com o processo reabilitacional incorporado com a intervenção fisioterapêutica, apresenta a essa criança uma funcionabilidade e independência, principalmente a ser realizado de maneira precoce.</p> <p>Torna-se perceptível também que a ocorrência de uma atuação preventiva, juntamente com um apoio assistencial de uma equipe multidisciplinar, apresenta ao fim, uma melhora funcional à medida que a idade do indivíduo avança.</p>
SILVA, et al., 2015	<p>Nome: Perspectiva psicanalítica do vínculo afetivo: o cuidador na relação com a criança em situação de acolhimento.</p> <p>Método: Pesquisa Qualitativo.</p>	<p>Objetivo: Descrever como os cuidadores recebem e percebem/interpretam todos os sentimentos que lhe são implicados.</p> <p>Resultado: Fora encontrado que toda a relação entre o cuidador e a criança, irá se basear em uma troca de afetividade, ressaltando que todo o ato de cuidar</p>

	<p>Tipo da Pesquisa: Exploratória e Descritiva, com meio de pesquisa de campo e estudo de caso.</p> <p>Coleta de dados: Entrevista semiestruturada de modo individual, com duração de 50 minutos.</p>	<p>apresenta relação com questões de funcionalidade para suprimento da necessidade natural da figura materna, em muitos casos, que se encontra em falta.</p>
--	---	--

Tabela 9: Arquivos selecionados para a resolução da discussão dos resultados.

Fonte: Autor

Em primeira instância, Silva et al. (2015), resplandecem que a toda a existência de uma intervenção clínica dos cuidadores para com as crianças/RN é importante, mesmo que não sejam integrantes da família, pois essa troca de situações emocionais e sociais, influenciam na entrega dessa criança ao tratamento, em outros termos, se faz necessário a relação afetiva do cuidador para o mesmo. Por outro lado, Silva (2017), expõe que quando esse mesmo cuidador e sua entrega emocional, encontram-se interligado a uma intervenção fisioterápica, os resultados positivos são elevados, aumentando as chances futuras dessa criança de apresentar uma funcionalidade normal, dentro dos parâmetros descritos pela sociedade atual.

Tal que, ²Brasil (2016), compõem é esclarece-se em sua diretriz direcionada a estimulação, que a existência do convívio, pais e mãe para com a criança especial ou até a mesma descrita como normal, apresenta em todo este contexto, como responsáveis pela continuação dessa mesma estimulação precoce, com também, com própria inclusão do processo de linguagem, onde esta mesma interferência familiar, caso realizada de maneira correta, como exposta também por ²Brasil (2016), deve-se ser composta por um acompanhamento especializado/psicológico, para de maneira segura ocorra um aumento na facilitação do entendimento dos familiares para com o protocolo imposto a criança, ocasiona uma elevação no quadro do desenvolvimento infantil (DI) (DE AZEVEDO et. al., 2017; ²BRASIL, 2016).

Por outro lado, o autor Pasqualini et al. (2016), é discutido todo o processo de desenvolvimento infantil e em como esse mesmo conjunto de etapas cresceu-se até os tempos atuais, além do mesmo passar por um processo de evolução e aceitação política e social com interligação direta ao contexto sociedade de visualização/observação de uma criança; Como tal, Araújo et al. (2014), em modo de revisão literária, resplende-se que está mesma criança era considera um adulto com estatura baixa, durante os períodos de desenvolvimento industrial, onde esses mesmos indivíduos exerciam para com o governo/sociedade/público a realização de um papel similar aos realizados em locais privados, como também em determinadas ocasiões,

de maneira remunerada, já em outras, em troca de subsídios, além da existência de abusos sofridos e mais (PASQUALINI et al., 2016).

Por outro lado, Pasqualini et al. (2016), também expõem em seu contexto de pesquisa, que todo o período de desenvolvimento infantil apresenta um link direto para com a condição familiar/social além da própria faixa etária dos mesmos. Tal que Cardoso et al. (2019), apresenta uma concordância clara em sua pesquisa que DI (Desenvolvimento Infantil) e a própria intervenção a base de estimulação precoce, apresentam necessidade de uma influência familiar do paciente para com a construção do protocolo de tratamento ou de acompanhamento interventivo, como além da importância de seguir em maneira contínua o ato de frequentar âmbitos estudantis e sociais (SILVA, 2017).

¹Brasil (2016), deixa entendido que o Ministério de Saúde associado a uma variedade de organizações públicas criadas e vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveram propostas de melhora na qualidade de serviço direcionado a área pediátrica, incluído a própria busca de aperfeiçoamento de atendimento, capacitação de profissionais, como também visualizamos em ²Brasil (2016), com a existência de resultados positivos utilizando a proposta de intervenção multiprofissional, enquanto Silva et al. (2015), e Cardoso et al. (2019), apresentam a confirmam em suas pesquisas, sobre a necessidade da vinculação emocional, entre o cuidador e criança, ressaltando que nem sempre a vinculação exigida é fruto de um familiar, contando que esse acompanhamento seja efetuado de maneira contínua, o quadro clínica irá apresentar melhora no déficit de desenvolvimento neuropsicomotor encontrado.

5 CONCLUSÃO

De maneira, torna-se reconhecido ao fim dessa pesquisa, a necessidade de evidenciar toda à necessidade de atenção direcionada a criança, durante o período de desenvolvimento, tornando essa ao fazer que a ligação afetiva entre a mesma e os familiares e cuidadores é formada, reconhecendo que essa mesma ligação traz benefícios durante as etapas de tratamento/criação e ação do protocolo interventivo. Comumente, reconhece-se que essa relação incorpora a essa criança, sensações relacionadas ao conforto, trazendo aos mesmos, sentimentos de receptividade.

A relação materna é fundamental, para o desenvolvimento psiconeuromotor, devido ao tempo de duração da ligação básica materna existente, tal que a mesma, apresenta a formação inicial ainda em estágio intrauterino, enquanto o resto dessa mesma ligação é efetuada durante o tempo de vida dessa mesma criança/RN. Ressalta-se que a média de pais, que efetuam/participam efetivamente da vida de seus filhos, igualmente ou aproximadamente à mãe, é em faixa de 50%, de maneira comumente, ao fim, o perceptível que essa criança, durante todo o processamento do tratamento/intervenção apresente-se juntamente com o acompanhante de maior vínculo emocional, para que possa assim, transmitir com maior facilidade segurança e conforto ao mesmo.

Outro método que transmite calma e conforto a essa criança/RN durante o processo de estimulação, é reconhecido quando toda ou parte dela, é realizada por ações já conhecidas, por essa mesma criança. É de importância que a estimulação ocorra tanto em momentos de brincadeiras como em momentos terapêuticos, ocasionando uma elevação na quantidade de informações sensoriais armazenadas, além de aumentar as experiências e texturas táteis, como também os níveis estimulatórios à medida que as mesmas crianças evoluem intelectualmente ou física, em outras nomenclaturas, as funções mentais e funções motoras.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

BARBOSA, Daniele Castro et al. Sobrecarga do cuidado materno à criança com condição crônica. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012.

BRAGA, et al. Cognitive development and neuropsychological disorders. In: BRAGA L. W.; CAMPOS DA PAZ JÚNIOR, A. (Ed.). **The child with traumatic brain injury or cerebral palsy: a contextsensitive, family-based approach to development**. Oxford, UK: Taylor & Francis, 2005. p. 55-101.

BRASIL. Ministério de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde da Criança: Mais informações**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 2, n. 2, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, n.33, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**, 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

¹BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: Saúde da Criança**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília, 2016.

²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce: Criança de Zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília, 2017.

CAMPERO, Pâmela Katherine Nelson et al. CD-Crescimento e Desenvolvimento: cuidando e promovendo a saúde da criança. **Revista Extensão & Sociedade**, 2010.

CARDOSO, Carolina; PROCÓPIO, Leandra Fernandes; PROCÓPIO, Marcos. Estimulação precoce na educação infantil: um estudo psicométrico. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 4, p. 3379-3404, 2019.

CARLSON, Bruce M. **Embriologia humana e biologia do desenvolvimento**. 5ed. Elsevier Brasil, 2014.

CHEIO, Cláudia Nora. **Promoção do Desenvolvimento Infantil**. 2016. 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) - Instituição de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem. Lisboa, 2016.

CARVALHO PEREIRA, Thaís Costa. **O desenvolvimento psicomotor de bebês com necessidades especiais: uma parceria entre Psicologia e Fisioterapia**. 2009. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES). Centro Universitário de Brasília (UNICEUB). Brasília, 2009.

DE ALBUQUERQUE FROTA, Mirna et al. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 245-250, 2011.

DE ARAUJO, Maria de Fátima Moura; DEL FIACO, Adriana; WERNER, Eline Heringer; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saude Mater.**, v.3, n.2, 2003.

DE AZEVEDO, Tássia Lopes; DELLA BARBA, Patrícia Carla de Souza. Avaliação da estimulação e apoio no ambiente familiar oferecido à criança com paralisia cerebral. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 198-205, 2017.

DE OLIVEIRA, Mirian Eugênio; SIQUEIRA, Alessandra Cardoso; ZANDONADI, Antônio Carlos. A importância do afeto materno através do toque para o desenvolvimento saudável da criança. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 97-110, 2017.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda AP. Importância das habilidades sociais na infância. *IN*: DEL PRETTE, Almir, et al., **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 1ed. Editora Vozes Limitada, 2017.

DE SOUZA, Juliana Martins; VERÍSSIMO, Maria de La Ó. Ramallo. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1097-1104, 2015.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº8.069**, de 13 de julho de 1990. Brasília. 2019.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem**: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Álgama, 2002.

HALLAL, Camilla Zamfolini; MARQUES, Nise Ribeiro; BRACCIALLI, Lígia Maria Presumido. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas

em um programa de estimulação precoce. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.

LEI nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997.

MANFROI, Edi Cristina; MACARINI, Samira Mafioletti; VIEIRA, Mauro Luis. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 59-69, 2011.

MATTOS, Bruna Marturelli; BELLANI, Cláudia Diehl Forti. A importância da estimulação precoce em bebês portadores de Síndrome de Down: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapias e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 51-63, 2010.

MEDEIROS, Carolina Silva de; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro. Concepções maternas sobre o desenvolvimento da criança deficiente visual. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 2, p. 283-300, 2012.

MOREIRA, LMA. Desenvolvimento e Crescimento humano: da concepção à puberdade. *In: Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual*. 3ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 113-123.

MOREIRA, Kerolyn Christina. SODRÉ, Cátia Lacerda. A importância dos programas de estimulação precoce para o desenvolvimento infantil. *IN: ABDIn - Associação Brasileira de Diversidade e Inclusão. Ponto de Vista em diversidade e inclusão*. v.4, Niterói, Rio de Janeiro, 2017, cap.11, p. 86 – 92.

NORBERT, Adriana Andreia De Fatima et al. A importância da estimulação precoce na microcefalia. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 2, 2016.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos da Criança**. 20 de novembro de 1959.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 12ed. AMGH: Porto Alegre, 2013.

PASQUALINI, Juliana Campregher; EIDT, Nadia Mara. **Periodização do desenvolvimento infantil e ações educativas. Proposta pedagógica para a Educação Infantil do Sistema Municipal de Ensino de Bauru**. Bauru: Secretaria Municipal de Educação, p. 101-148, 2016.

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando Famílias**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 63-77, 2014.

POLLI, M. C. A. **Importância da estimulação precoce no desenvolvimento cognitivo infantil em crianças com deficiência mental**. 2010. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância**. Rio de Janeiro, de 2015.

ROCHA, Alana Talline de Sousa; et al., A IMPORTÂNCIA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO NA GARANTIA DO ALEITAMENTO MATERNO. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança.**, v.14, n.2, dez. 2016.

ROSI, Fernanda Stange; LUCERO, Ariana. Intervenção precoce x estimulação precoce na clínica com bebês. **Tempo psicanalítico**, v. 50, n. 1, p. 174-193, 2018.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Paripiranga: AGES, 2019.

SILVA, Carla Cavalcante Ventura. Atuação da fisioterapia através da estimulação precoce em bebês prematuros. **Rev Eletrôn Atualiza Saúde**, v. 5, n. 5, p. 29-36, 2017.

SILVA, Maria Rosimere da Conceição; GERMANO, Zeno. Perspectiva psicanalítica do vínculo afetivo: o cuidador na relação com a criança em situação de acolhimento. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 6, n. 2, p. 37-53, 2015.

SILVA, Sheila Mara da. **Motricidade e educação infantil**. 2016. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pedagogia) - Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó-SC, 2016.

SOUZA, A. M. C.; GONDIM, C. M. L.; L. JUNIOR, H. V. Desenvolvimento da motricidade do bebê no primeiro ano de vida. In: SOUZA, A. M. C.; DAHER, S. **Reabilitação: paralisia cerebral**. Goiânia: Editora Cênone, 2014. cap. 2, p. 39-58.

VIEIRA, Viviana Silva; CONDESSA, Isabel Cabrita. O desenvolvimento da motricidade fina da criança na escola infantil-estudo comparativo de fatores de prática e parâmetros de avaliação. **Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.**, v. 2, n. 2, p. 257-266, 2017.

ZORZAN, Ana Paula; CHERNHAK, Angelita Iracema. Psicomotricidade: os Jogos no Desenvolvimento Infantil. **Revista Pleiade**, v. 13, n. 29, p. 167-172, 2019.