

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR NA PRIMEIRA INFÂNCIA

 <https://doi.org/10.56238/arev6n4-159>

Data de submissão: 11/11/2024

Data de publicação: 11/12/2024

Michele Agostinho da Silva

Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguazu

Thayna de Souza de Mendonça Santiago

Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguazu

Walesca Maia de Azevedo

Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguazu

Elaine Aparecida Pedrozo Azevedo

Fisioterapeuta Especialista

Mestre em Fisioterapia em Ciências da Reabilitação

Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguazu

RESUMO

O desenvolvimento motor refere-se à progressão das habilidades motoras em crianças, desde movimentos simples até os mais complexos. Envolve a coordenação de músculos e nervos para realizar atividades como engatinhar, sentar, deambular e correr. A estimulação adequada e intervenções precoces são essenciais para um desenvolvimento motor saudável. A fisioterapia desempenha um papel crucial no tratamento do atraso do desenvolvimento motor, utilizando técnicas específicas para estimular habilidades motoras e sensório-motoras. Intervenções como cinesioterapia e exercícios proprioceptivos ajudam a melhorar o controle postural e a coordenação motora. O acompanhamento contínuo e personalizado é essencial para promover progressos graduais e significativos. Este estudo de caso clínico foi conduzido na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade Iguazu. Trata-se de um estudo descritivo, analítico e qualitativo, que utilizou dados obtidos por meio de anamnese e avaliação física para aplicar recursos proprioceptivos e cinesioterapêuticos na estimulação sensório-motora e controle postural da paciente. Os resultados foram positivos, com o alcance do controle de tronco, posição de quatro apoios e capacidade de engatinhar. Conclui-se que o protocolo fisioterapêutico adotado promoveu melhorias graduais no desenvolvimento motor, ressaltando a importância da continuidade do estímulo e do tratamento.

Palavras-chave: Fisioterapia, Desenvolvimento motor, Condutas Cinesioterapêuticas.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é um processo relacionado à idade que compreende mudanças contínuas e complexas. Durante esse processo, desenvolvem-se inúmeras habilidades psicomotoras, que progridem de movimentos simples e desorganizados para habilidades altamente complexas.¹ As mudanças nas estruturas físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo durante o processo do desenvolvimento infantil são consideradas duradoura.²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento humano começa na concepção e continua até a morte, englobando crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva. Esse processo resulta em um indivíduo capaz de responder às suas necessidades e às do seu ambiente, considerando seu contexto de vida.²

O desenvolvimento infantil pode se apresentar de duas formas: Típico, considerado dentro do esperado, ou com atraso. Considera-se atraso quando a criança não realiza habilidades motoras que são esperadas para cada faixa etária.³ De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 12% das crianças brasileiras de até cinco anos apresentam suspeita de atraso no desenvolvimento, não demonstrando os comportamentos e habilidades esperados para essa faixa etária.⁴

No primeiro ano de vida, considera-se o desenvolvimento motor como uma importante manifestação da integridade e da funcionalidade do sistema nervoso central.⁵ O surgimento do movimento e o seu controle ocorrem em uma direção céfalo-caudal e próximo-distal.⁶

Alguns fatores são considerados de risco para o desenvolvimento infantil. No caso do desenvolvimento motor, esses fatores de risco referem-se a uma série de condições biológicas ou ambientais que aumentam a possibilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.⁶

Alguns ambientes desfavoráveis não oferecem oportunidades adequadas para o desenvolvimento da criança.⁵ Para atingir o desenvolvimento infantil de forma adequada é essencial que o ambiente seja favorável e estimulante, possibilitando a interação social, experiências de descobertas e vivências motoras.⁷ Crianças pré-termo com baixo peso associado ao nascimento, são consideradas como de risco para o desenvolvimento infantil, sendo capaz de afetar o ritmo e qualidade das aquisições motoras e cognitiva na primeira infância, podendo se estender a longo prazo.⁵

No processo de convívio dinâmico do homem com o ambiente, as atividades são controladas através da captação de informações pelo sistema visual.⁸ Com base na teoria ecológica de James Gibson, o indivíduo explora energeticamente o ambiente. Entende-se que o ambiente a qual as crianças estão inseridas e os estímulos propostos para tarefas influenciam diretamente no aprendizado de novas habilidades. A detecção precoce do atraso no desenvolvimento motor da criança é de extrema

importância para que ocorra intervenções necessárias para desenvolver suas funções visuais e motoras.⁹

Para avaliação do atraso no desenvolvimento motor precisa-se considerar além da investigação clínica, pois ela, quando utilizada de forma única, é apontada como ineficaz. Escalas com comprovação, devem ser associadas a investigação clínica para identificar alterações neuropsicomotoras. A *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) é considerada um instrumento que qualifica "a motricidade ampla a sequência do desenvolvimento motor e o controle da musculatura antigravitacional na posturas prono, supino, sentado e de pé, em crianças nascidas a termo e pré-termo".¹⁰

Programas de fisioterapia motora em bebês, a termo ou pré-termo, na fase de plasticidade cerebral é apontado com eficaz. Esse programa pode ser considerado mais satisfatório quando realizado em conjunto com a família, sendo proposto atividades de intervenção em casa com interações dos pais.¹¹ Intervenções fisioterapêuticas quando realizadas de forma precoce, apresentam índices de resultados satisfatório. Quando há um diagnóstico de atraso no desenvolvimento motor, a fisioterapia possui como principais objetivos promover esse desenvolvimento, minimizando assim os aspectos patológicos presente.¹² A Fisioterapia promove dinâmicas de integração, atividades lúdicas com brinquedos coloridos, bolas e movimentos corporais, bem como brincadeiras que trabalhem o equilíbrio.¹³

A Fisioterapia motora no desenvolvimento infantil tem como objetivo desenvolver o sistema neurológico congênito ou adquirido, com auxílio de técnicas manuais e cinéticas sendo aplicadas de forma isolada ou com instrumentos lúdicos.¹⁴

O tratamento fisioterapêutico proposto focou em oferecer atenção especial ao atraso motor, que era incompatível com a idade cronológica da paciente, decorrente do fato de ela ser pré-termo.

Este estudo visa avaliar a evolução funcional das etapas do desenvolvimento psicomotor em uma criança de 5 meses (idade corrigida para 9 meses), tratada durante 3 meses na Clínica de Ensino em Fisioterapia da Universidade Iguazu.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho seguiu a metodologia de estudo de caso, realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, da Universidade Iguazu – Rio de Janeiro, no curso de Graduação de Fisioterapia, com o diagnóstico de atraso no desenvolvimento motor em uma criança de 9 meses.

2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, Universidade Iguazu/Graduação de Fisioterapia, - Avenida Abílio Augusto Távora, 2134 – Jardim Nova Era, Nova Iguaçu, RJ, Cep: 26275-580, Tel.: (21)2765-4053.

2.3 MÉTODOS

2.3.1 Métodos de Avaliação

Foi realizado a anamnese e coletada as seguintes informações: Diagnóstico Médico (DM), Queixa Principal (QP), História da Gestação, Parto e Nascimento (HGPN), História Patológica Progressiva (HPP), História da Doença Atual (HDA), Histórico Alimentar (HA), História Medicamentosa (HM), História de Imunização (HI), História do crescimento e desenvolvimento (HCD), História Familiar (HF), História Socioambiental (HS), Sinais Vitais, Exame Físico (Inspeção, Palpação, Perimetria), Teste de força muscular, Mensuração, Testes específicos: Escala de Alberta, Diagnóstico Cinético Funcional, Objetivos, Prognóstico e Tratamento.

2.3.2 Métodos de Tratamento

- Método Bobath

2.3.3 Evolução do Tratamento

- Sustentação e controle de tronco;
- Estímulo para posição de quatro apoio e engatinha;
- Incentivo para sentar-se com e sem apoios;

2.4 MATERIAIS

2.4.1 Materiais para avaliação

- Esfigmomanômetro e Estetoscópio (Premium);
- Oxímetro (Contec);
- Termômetro (G-tech);
- Fita métrica (Macro life);
- Martelo Neurológico Buck (MD).

2.4.2 Materiais para tratamento

- Espelho;

- Cavalinho;
- Cadeira com encosto;
- Rolo;
- Carrinho de boneca/leão;
- Bola de liberação;
- Feijão, areia e grama artificial.

2.4.3 Considerações Éticas

Este estudo foi realizado com o consentimento da genitora da paciente, que assinou o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, permitindo a utilização dos dados para a descrição do relato do caso clínico. De acordo com o CEP/CAAE: 51045021.2.0000.8044.

3 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

3.1 ANAMNESE

No presente estudo, a amostra consistiu em uma criança com atraso no desenvolvimento motor, que foi integrada ao tratamento na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da UNIG.

- **Dados Pessoais:** 9 meses, sexo feminino, nascida em 03/11/2024, avaliada em 12/08/2023.
- **Diagnóstico Médico:** Atraso no desenvolvimento motor.
- **Queixa Principal (QP):** “Percebo que ela tem pouco apoio para sentar e pouca sustentação de tronco”.
- **História da Gestação, Parto e Nascimento (HGPN):** Gravidez planejada, sendo 1º gestação, aos 28 anos de idade. A gestação foi descoberta com cinco semanas. Sem histórico de abortos. Relata ter realizado acompanhamento pré-natal, porém não soube especificar o número exato de consultas. Fez uso de ácido fólico, vitamina de ferro e cálcio. Realizou todos os exames de ultrassonografias. Durante a gestação foi diagnosticada com pré-eclâmpsia e após o parto com síndrome de HELLP. Em 3 de novembro de 2023 a genitora deu entrada na emergência do hospital Caxias D’OR com quadro de pico pressórico e epigastralgia, sendo programada a interrupção da gestação com 36 semanas e 2 dias. Parto tipo cesárea. O tempo de bolsa de rota foi no ato e o apgar foi 8/9. O peso da recém-nascida foi de 2115g, comprimento 43cm e perímetro cefálico de 32 cm. A paciente ficou internada na UTI Neonatal durante 10 dias em decorrência de baixo peso e sucção débil. A idade gestacional corrigida no dia da alta foi de 37 semanas e 6 dias.
- **História Patológica Progressiva (HPP):** Sem intercorrências.

- **História da Doença Atual (HDA):** Genitora relata que buscou atendimento pediátrico ao observar atraso no desenvolvimento motor da criança com 8 meses de idade. Observou que a mesma apresentava dificuldades para sustentar o tronco, ficar na posição de quatro apoios e quando demonstrava interesse por objetos rolava até alcançá-los. Informa que ainda só consegue ficar em sedestação durante um minuto, não se sustentando e inclinando-se para frente e caindo. Em julho de 2024 foi encaminhada para fisioterapia pela pediatra para avaliação do atraso no desenvolvimento motor.
- **História Alimentar (HA):** A criança é lactente. A introdução alimentar iniciou aos 5 meses com frutas, com 6 meses foi introduzido alimento sólidos salgados no almoço e com 7 meses foi introduzido o jantar.
- **História da Imunização (HI):** De acordo com a caderneta de vacinação, todas as vacinas foram administradas corretamente até o presente momento.
- **História do Crescimento e Desenvolvimento (HCD):** Paciente com 9 meses, não realiza a posição de quatro apoio, não engatinha, não se mantém por muito tempo em sedestação e não consegue dar impulso em móveis para ficar na posição ortostática.
- **História Familiar (HF):** Os pais não apresentam comorbidades. Genitora da paciente foi prematura de 36 semanas. Avó materna é hipertensa avô materno sem comorbidades. Avó paterna é diabética e avô paterno é hipertenso.
- **História Socioambiental (HS):** Reside em casa térrea de dois andares, com os pais e avós maternos e um animal de estimação (cão). A residência possui luz elétrica, saneamento básico com rua asfaltada e coleta de lixo regular.

3.2 EXAME FÍSICO

3.2.1 Sinais Vitais

Na primeira avaliação não foi possível mensurar os sinais vitais, pois apresentava-se muito agitada, sendo verificada somente a temperatura axilar (36,5° C).

3.2.2 Inspeção

Pele normocorada. Apresenta mancha mongólica, na região proximal lateral do braço esquerdo.

3.2.3 Palpação

Não apresenta algia à palpação. Tônus muscular preservado.

3.2.4 Teste Articular

Não foi possível mensurar através da goniometria, porém não apresenta bloqueios articulares.

3.2.5 Teste de Força Muscular

Grau 4 de forças muscular para membros inferiores e superiores.

3.2.6 Medidas Antropométricas

Quadro 2 – Medidas de comprimento de MMSS e MMII

Membro Superior Direito	19 cm
Membro Superior Esquerdo	19 cm
Membro Inferior Direito	30 cm
Membro Inferior Esquerdo	30 cm

Fonte: Avaliação realizada em 12/08/2024.

3.2.7 Teste Específico

Quadro 3 – Escala de Alberta

Posições	Pontuações
Prono	6 pontos
Supino	6 pontos
Sentada	2 pontos
Em pé	6 pontos
Total	20 pontos

Fonte: Avaliação realizada em 12/08/2024.

De acordo com a *Alberta infant motor scale* (AIMS) a idade motora da paciente é de 5 meses e possui um atraso motor de 4 meses de idade.

3.3 DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

A paciente apresenta um desenvolvimento psicomotor incompatível com sua idade cronológica, evidenciando falhas na execução de etapas do desenvolvimento motor. As etapas do desenvolvimento motor não realizadas incluem:

- Atraso motor de quatro meses;
- Não permanece em quatro apoios;
- Não engatinha;
- Não realiza transferência para sentar-se e ao ser colocada na postura sentada consegue controlar o tronco com membros superiores em extensão para frente (reflexo de proteção);
- Não apresenta transferência para postura ortostática;
- Ausência de arco plantar.

3.4 PROGNÓSTICO

Favorável.

3.5 OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Curto Prazo:

- Estimular a posição de quatro apoios e engatinhar;
- Incentivar a dissociação de cintura.

Médio Prazo:

- Melhorar o equilíbrio de tronco e membros inferiores;
- Estimular a transferência de postura.

Longo Prazo

- Estimular a postura ortostática;
- Iniciar a marcha.

3.6 CONDUTA TERAPÊUTICA

- Dissociação de cintura: A criança foi colocada sobre o cavalinho terapêutico, mãos do terapeuta sustentando a crista ilíaca, mantendo os MMII fletidos em 90° com apoio total dos pés na superfície. Onde foi estimulada a pegar objetos em diferentes direções solicitadas.
- Estimulação para quatro apoios: Colocada em quatro apoios sobre o rolo de espuma, o MMII e quadril fletidos a 90° e MMSS em extensão com as mãos apoiadas no solo. Cabeça e cervical em extensão. Aproveitando a posição de quatro apoios, a criança foi treinada no movimento de engatinhar. O rolo foi utilizado como apoio e ao longo da evolução, foi retirado.
- Transferência da posição de sedestação para o ortostatismo: Com o quadril e os joelhos fletidos a 90° e os pés apoiados na superfície, o terapeuta posiciona as mãos abaixo da região da fossa poplíteia, aplicando um estímulo no sentido anterior para induzir a posição ortostática.
- Estimulação do arco plantar: Realizou-se estímulo com diferentes texturas na planta do pé, começando com a bola liberação. Enquanto o estímulo foi realizado, o hálux da criança foi mantido em extensão.
- Treino de marcha com auxílio do carrinho de leão

Obs: Todos os exercícios foram realizados em frente ao espelho, utilizando brinquedos lúdicos com sons e cores vibrantes, sempre acompanhados de estímulos verbais para a criança. A duração dos exercícios respeitou o tempo de tolerância da criança.

4 DISCUSSÃO

De acordo com Resena *et al.*, ao entender o funcionamento do sistema nervoso central (SNC) de um indivíduo, é possível planejar atividades que estimulem áreas específicas do cérebro, promovendo assim o desenvolvimento de novas habilidades. Ou seja, ao valer-se dessa teoria, entendemos que é possível estimular estruturas referentes às áreas motoras e cognitivas.¹⁵ Para Gerzson *et al.*, o meio a qual a criança está inserida é um fator determinante para o seu desenvolvimento, entendendo que um ambiente desfavorável, sem estímulos adequados, pode restringir o ritmo do desenvolvimento, sendo criada uma barreira entre a aprendizagem e aquisições motoras da criança.¹⁶

Defilipo *et al* acredita que as alterações no desenvolvimento motor da criança podem ser prevenidas com intervenções precoces, focadas no ambiente em que a criança vive, pois é nesse meio que ela se desenvolve como ser humano social e individual.¹⁷ Formiga *et al.* consideram que intervenções precoces são aquelas que se iniciam antes da instalação de padrões anormais de postura e movimento.¹⁸ O fisioterapeuta desempenha um papel crucial no desenvolvimento motor infantil, trabalhando com a motricidade humana não apenas em casos de patologias, mas também para adequar o desenvolvimento infantil.¹¹ Formiga *et al.*, corrobora com Andrade quando afirma que intervenções centradas apenas na criança sem considerar o aspecto familiar, são menos eficazes no desenvolvimento.¹⁸

Segundo Weinert *et al.*, nos primeiros doze meses de vida, a motricidade humana é avaliada quase mensalmente, apresentando evoluções amplas e significativas, passando de posições de decúbito para a deambulação. A fisioterapia neuro pediátrica avalia e identifica a fase do desenvolvimento motor em que a criança se encontra, com o objetivo de detectar atrasos ou avaliar a evolução após um período de tratamento fisioterapêutico.¹⁹

Silva *et al.*, afirma que a fisioterapia em conjunto com a brincadeira torna os atendimentos mais toleráveis e facilita a interação fisioterapeuta versus criança. Além disso, considera que por meio das atividades lúdicas e interação social que a criança irá desenvolver suas habilidades motoras e cognitivas de forma progressivas. O instrumento lúdico como coadjuvantes terapêuticos apresentam benefícios à população pediátrica.²⁰ Caricchio complementa Silva *et al.* ao afirmar que, no atendimento pediátrico em fisioterapia, há diversos materiais e equipamentos que podem ser utilizados de forma lúdica, como bolas, rolos, espelhos, pranchas de equilíbrio, esteiras, entre outros.²¹

Almeida *et al.* destacam a importância da terapia no espelho durante o tratamento fisioterapêutico, pois essa técnica ativa o sistema de neurônios-espelho e o córtex motor primário, promovendo a reorganização cortical. Além disso, estimula a interação entre os sistemas visual e cinestésico, resultando em ganhos funcionais e motores.²²

Segundo Rodrigues *et al.*, o conceito neuro evolutivo de Bobath (CNB) é responsável por inibir padrões anormais de tônus, facilitando o surgimento de um padrão normal e promovendo movimentos ativos mais próximos do esperado. O método de CNB tem influência nas habilidades motoras, melhorando um percentual atípico para um percentual típico.²³ Santos *et al.* corrobora Rodrigues *et al.* ao afirmar que o método Bobath tem como premissa aprimorar a função, melhorar o controle postural, o equilíbrio e o movimento por meio da facilitação.²⁴

De acordo com Souza *et al.*, é de grande valia fornecer estímulos sensoriais para a criança com diferentes texturas, tais como: esponjas, algodão etc. Afirma quando se há fatores de risco para o desenvolvimento motor é de extrema importância que a atuação se dê de forma precoce, fortalecendo a rede neuronal. Quando mais tarde for iniciada a estimulação, maior será o impacto no desenvolvimento motor.²⁵

Pretto *et al.* afirmam que a marcha se desenvolve à medida que a criança progride pelas etapas de rolar, sentar-se com e sem apoio, arrastar, engatinhar, permanecer em pé e andar com e sem apoio, até que desenvolva a habilidade de caminhar de forma bípede. Crianças sem atraso no desenvolvimento motor iniciam a deambulação por volta dos 13 meses, com variações aceitas entre 10 e 15 meses. Quando há atraso no início da marcha, é importante proporcionar experiências que estimulem o desempenho motor, bem como reações posturais de equilíbrio e estabilidade.²⁶

Casaes *et al.* afirmam que o papel da fisioterapia é facilitar a aquisição do desenvolvimento motor, minimizando ao máximo a interferência de reflexos, contraturas e deformidades, com o objetivo de promover a maior independência possível. A fisioterapia visa inibir a atividade reflexa anormal, normalizar o tônus muscular e facilitar o movimento normal, melhorando consequentemente a força, flexibilidade, amplitude de movimento (ADM) e as capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional. As metas de um programa de reabilitação são reduzir a incapacidade, prevenir contraturas e deformidades e otimizar a função.²⁷

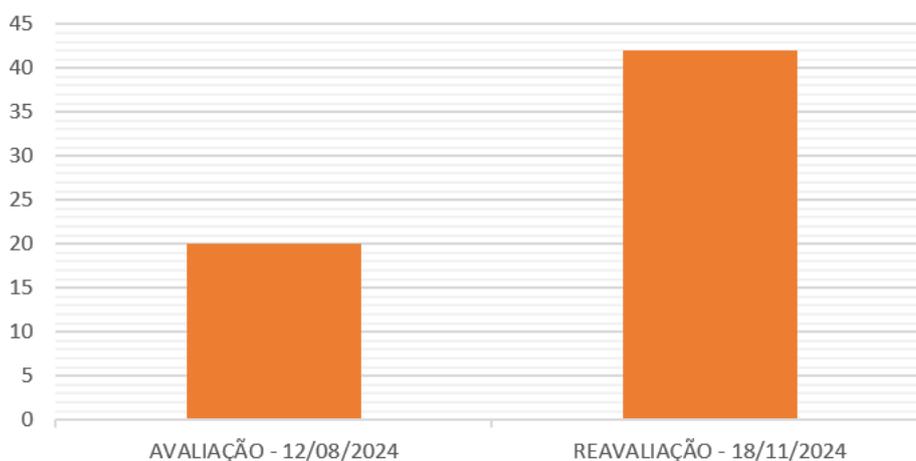
Lima *et al.* afirma que para que um ambiente seja considerado propício para o desenvolvimento da criança, não é só ter a característica de um lar, mas sim proporcionar a interação com os pais, variando estímulos. Quando se há um ambiente enriquecedor de estímulos, a criança terá oportunidades de percepção e exploração, conduzindo a ação motora e favorecendo o affordances.²⁸

5 RESULTADOS

Na avaliação realizada em 12 de agosto de 2024, a genitora relatou como queixa principal “pouco apoio para sentar e pouca sustentação de tronco”. Após três meses de tratamento fisioterapêutico, foram observados os seguintes resultados:

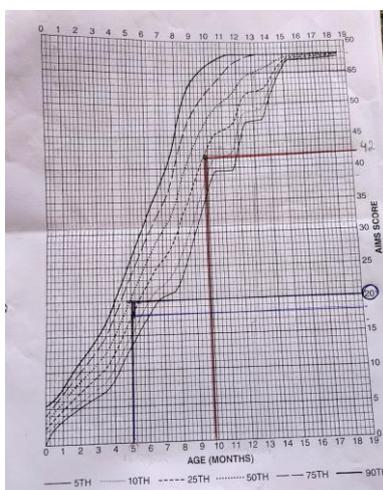
Quadro 4 - Comparativo entre escala de Alberta

Alberta Infant Motor Scale



Fonte: Avaliação inicial e final

Atualmente, a paciente tem 1 ano (12 meses) de idade cronológica. Na reavaliação utilizando a Escala Infant Motor Scale, obteve 42 pontos, correspondendo a uma idade motora de 10 meses. Com a intervenção fisioterapêutica ao longo de 3 meses de atendimento, houve um ganho de 5 meses na idade motora, tendo um atraso motor no dia da reavaliação de 2 meses.



Quadro 5 – Comparativo entre medidas antropométricas:

SEGMENTO	12/08/2024	18/11/2024
Membro Superior Direito	19 cm	22 cm
Membro Superior Esquerdo	19 cm	22 cm
Membro Inferior Direito	30 cm	33 cm
Membro Inferior Esquerdo	30 cm	33 cm

Fonte: Avaliação inicial e final

Imagens da abordagem fisioterapêutica:

Figura 1 - Sentada no cavaleiro, com os pés apoiados para controle de cervical e dissociação de cintura.



Figura 2 – Posição de quatro apoios com auxílio do rolo de espuma e recebendo estímulo para o engatinhar.



Figura 3 - Estimulação do arco plantar com diferentes texturas.



Figura 4 – Postura bípede, segurando o carrinho de leão e recebendo estímulo para realizar a marcha



Figura 5 – Postura Bípede, segurando na barra paralela com auxílio e recebendo estímulo para realizar a marcha.



6 CONCLUSÃO

As limitações decorrentes do atraso no desenvolvimento motor infantil influenciam diretamente a vida da criança, restringindo sua motricidade e a exploração do ambiente em que está inserida. Isso impede descobertas diárias que contribuem para a evolução do seu desenvolvimento, tornando-a ainda mais dependente de seus genitores. O atraso no desenvolvimento motor nem sempre

está relacionado a uma determinada patologia. Em alguns casos, o atraso está associado ao baixo estímulo e às condições socioeconômicas em que a criança vive.

A intervenção fisioterapêutica é essencial para melhorar a qualidade de vida das crianças com atraso no desenvolvimento motor, especialmente quando realizada precocemente. O objetivo é estimular a independência no desenvolvimento funcional e cognitivo, facilitando a evolução, restabelecendo as etapas do desenvolvimento motor e prevenindo complicações.

Durante a avaliação, a principal preocupação era promover o avanço da idade motora da paciente. O tratamento durou 3 meses e enfrentamos algumas dificuldades, como atendimentos em que a paciente não estava colaborativa, ausências devido a condições climáticas e enfermidades. No entanto, a reavaliação mostrou resultados satisfatórios, com a paciente alcançando marcos do desenvolvimento motor, como engatinhar e sentar-se sem apoio, superando as expectativas dos responsáveis.

Conclui-se que a intervenção fisioterapêutica é essencial e gradual para o desenvolvimento motor de crianças com atraso, sendo primordial para a melhoria da qualidade de vida e a descoberta de novas experiências motoras e cognitivas. Considerando a importância do tratamento, é fundamental orientar e incentivar a família a dar continuidade durante as atividades diárias.

REFERÊNCIAS

DELGADO, D.A; MICHELON, R.C; GERZSON, L.R; ALMEIDA, C.S; ALEXANDRE, M. G. Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social Fisioter Pesqui., Porto Alegre, v. 27(1) p. 48-56, 2020.

SANTOS, M.E.A; QUINTÃO, N.T; ALMEIDA, R.X .Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância Esc Anna Nery. v. 14 (3) p. 591-598, 2010.

SILVA, A.M; ARAUJO, L.B; FERREIRA, M.D.P; ISARAEAL, V.L; MÉLO, T.R. Desenvolvimento neuropsicomotor, fatores socioeconômicos e neonatais em crianças de 18-36 meses que frequentam creche. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento São Paulo, v. 21, n. 2, p. 39-57, jul./dez. 2021.

Pesquisa aponta que 12% das crianças brasileiras apresentam suspeita de atraso no desenvolvimento. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/pesquisa-aponta-que-12-das-criancas-brasileiras-apresentam-suspeita-de-atraso-no-desenvolvimento#:~:text=Pesquisa%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,esperad os%20para%20essa%20faixa%20et%C3%A1ria>> Acesso em: 15 de novembro de 2024.

BORBALS; SACCANIR; VALENTINI, NC. Desenvolvimento motor de crianças nascidas pré-termo e a termo avaliadas com a Escala Motora Infantil de Alberta. Temas sobre Desenvolvimento; v.19(105): p. 130-135, 2013.

WILLRICH, A. AZEVEDO, C.C.F; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc. v 17 (1), p. 51-56, 2009.

COELHO, V.A.C; DE MARCO, A; TALOCKA, R.E. Marcos de desenvolvimento motor na primeira infância e profissionais da educação infantil. Rev Bras Educ Fís Esporte, (São Paulo) v Jan-Mar; 33(1),p. 5-12, 2019.

OLIVEIRA, F.I.S; RODRIGUES, S.T. Affordances: a relação entre o agente e ambiente. Ciências & Cognição, v. 09, p. 120-120,2006.

TORQUATO, J.A et al. Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré escolares. Rev Bras Cresc e Desenv Hum; v. 21(2): p. 259-268, 2011.

VALENTINI, N.C; SACCANNI, R. Escala Motora Infantil de Alberta: validação para uma população gaúcha. Rev Paul Pediatr. V.29(2) p.231-8, 2011.

OLIVEIRA, S.M.S; ALMEIDA, C.S; VALENTINI, N.C.PROGRAMA DE FISIOTERAPIA APLICADO NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE BEBÊS SAUDÁVEIS EM AMBIENTE FAMILIAR. Rev. Educ. Fís/UEM, v. 23, n. 1, p. 25-35, 2012.

MEDEIROS, J.K.B; ZANIN, R.O; ALVES, K,S. Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendimento pela fisioterapia. Rev Bras Clin Med, v. 7, p.367-372, 2009.

SANTOS, G.T.S; MASCARENHAS, M.S; OLIVEIRA, E.C. A contribuição da fisioterapia no desenvolvimento motor de crianças com transtorno do espectro autista. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 129-143, jan./jun. 2021.

ALMEIDA, T.R; MORAIS, K.C.S; TAVARES, F.M; FERREIRA, J.B; FREITAS, E.C; SILVA, C.P. Fisioterapia Motora no Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil. Rev. Mult. Psic. V.13, N. 48 p. 684-692, Dezembro/2019.

RESENA, P.V.B.S; CHIQUETTI, E.M.S; SANADA, L.S; SILVA, M.D.IMPACTO DA ESTIMULAÇÃO SENSÓRIO-MOTORAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. Revista Construção Psicopedagógica, v. 28 (29) p. 21-32, 2020.

GERZSON, L. R; CATARINO, B.M; AZEVEDO, K.A; DEMARCO, P.R; PALMA, M.S; ALMEIDA, C.S Frequência semanal de um programa de intervenção motora para bebês de berçário. Fisioter. Pesqui, Porto Alegre, v.23, n.2, p.178-184. 2016.

DEFILIPO, E.C et al. Oportunidades do ambiente domiciliar para desenvolvimento motor. Rev Saúde Pública. v.46 (4)p. 633-41, 2012.

FORMIGA, C. K. M. R; PEDRAZZANI, E. S; TUDELLA, E; Desenvolvimento motor de lactentes pre-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. Braz. j. phys. ther. V. 8(3) p.239-245, 2004.

CASTILHO-WEINERT, L.V.; LOPES, H.S; WEINERT, W.R; ANDRES, L.F. Desenvolvimento motor típico no primeiro ano de vida: caracterização e detalhamento. Fisioterapia Ser. v. 9, p. 193-197, 2014.

SILVA, A.S, VALENCIANO, P.J, FUJISAWA, D.S. Atividade Lúdica na Fisioterapia em Pediatria: Revisão de Literatura. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.23, n.4, p.623-636, Out.-Dez., 2017.

CARICCHIO, M.B. Tratar brincando: o lúdico como recurso da fisioterapia pediátrica no Brasil. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, Salvador, v.6, p. 43-57, 2027.

ALMEIDA, L.D, RODRIGUES, A; MOREIRA, D.O. EFEITO DA TERAPIA DO ESPELHO NA COORDENAÇÃO MOTORA FINA DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL. Revista Científica Pro Homine. v. 2(1) p.33-43, 2020.

RODRIGUES, J.A; MÊLO, T.R; FORTI-BELLANI, C.D; CASTILHO-WEINERT,V.C. Acompanhamento de desenvolvimento motor de prematuro extremo com a escala Alberta e intervenção pelo conceito Bobath: Relato de caso. Revista Uniandrade, v.19, p.61-68, 2018.

SANTOS, C.C.C; BOMFIM, M.L.S; SANTOS,T.K.E.A; LOPES, R.F; SILVA,G.A; TEIXEIRA, G.M;SILVA, A.K.V, LINS, J.M.O. A influência do método bobath no tratamento de crianças com Síndrome de Down: uma revisão sistemática. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e15911124964, 2022.

SOUZA, L.A; OLIVEIRA, E.S.G. Estimulação precoce da criança com microcefalia de 0 a 3 anos. Livro Digital. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017.

PRETTO, L.M; FASSBINDER, T.R.C;LLANO,D.C; BONAMIGO,E.C.B; WINKELMANN, E.R.Formas de estimulação motora para aquisição e execução da marcha em crianças. Revista Contexto & Saúde. v.8, n.16, p. 111-129, 2009.

CASAES, C.S; LIMA, I.P; GOUVÊA, D; ABRAHÃO, P; FEITAS,V. Encefalopatia crônica da infância. Ciência Atual, Rio de Janeiro, v.5, nº1, p. 02-07, 2015.

LIMA, M.F.R; COSTA, L.B; PEREIRA, D.G; GOMES, W.F; OLIVEIRA, V.C, MORAIS, R.L.S. A qualidade do ambiente domiciliar influência nas habilidades funcionais de crianças primeiríssima infância? Fisioter Pesqui. v. 29(2) p.196-202, 2022.