

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA – FAEFI**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

Dominic Henrique dos Santos Suzigan

Gabrielly Carvalho dos Santos

**AVALIAÇÃO EM CRIANÇAS DE 6 A 8 ANOS EM FASE ESCOLAR**

UBERLÂNDIA – MG

2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA – FAEFI**

**CURSO DE FISIOTERAPIA**

Dominic Henrique dos Santos Suzigan

Gabrielly Carvalho dos Santos

**AVALIAÇÃO EM CRIANÇAS DE 6 A 8 ANOS EM FASE ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue a Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Piva Biagini

UBERLÂNDIA - MG

2025

**Sumário**

Introdução. . . . .	5
Métodos. . . . .	8
Resultados. . . . .	10
Discussão. . . . .	13
Conclusão. . . . .	16
Referências. . . . .	17

## **Resumo**

Este estudo teve como objetivo avaliar o desenvolvimento motor de crianças em idade escolar, com idades entre 6 e 8 anos, atendidas por uma instituição do terceiro setor em Uberlândia. Utilizou-se a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) de Rosa Neto como instrumento de avaliação, considerando aspectos como motricidade fina e grossa, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal, e lateralidade. A amostra foi composta por 48 crianças, sendo 20 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Os resultados evidenciaram que a maioria das crianças apresentou desenvolvimento motor dentro da média esperada para a idade. No entanto, uma parcela significativa demonstrou atrasos motores, com defasagens de até 44 meses em relação à idade cronológica. As meninas apresentaram desempenho superior em todas as categorias analisadas. A alta incidência de lateralidade cruzada e indefinida também foi observada, sugerindo possíveis dificuldades na organização motora. Conclui-se que é essencial o acompanhamento contínuo do desenvolvimento motor infantil, sobretudo em contextos vulneráveis, para que sejam planejadas intervenções precoces e eficazes que garantam o pleno desenvolvimento das crianças.

Palavras-chave: Desenvolvimento motor, infância, educação, fisioterapia.

---

## **Abstract**

This study aimed to assess the motor development of school-aged children, aged 6 to 8 years, attending a third-sector institution in Uberlândia, Brazil. The Motor Development Scale (EDM) by Rosa Neto was used as the assessment tool, covering domains such as fine and gross motor skills, balance, body schema, spatial and temporal organization, and laterality. The sample consisted of 48 children (20 boys and 28 girls). Results showed that most children had average motor development for their age; however, a significant portion exhibited motor delays, with discrepancies of up to 44 months compared to their chronological age. Girls outperformed boys in all assessed categories. A high incidence of crossed and undefined laterality was also observed, indicating potential motor organization difficulties. The study concludes that ongoing monitoring of children's motor development is crucial, especially in vulnerable contexts, to enable timely and effective interventions that ensure children's full developmental potential.

Keywords: Motor development, childhood, education, physiotherapy.

## **Introdução**

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos impactos potenciais no presente e no futuro. A absoluta dependência dos adultos, seja no âmbito das famílias ou da sociedade, de forma mais ampla, e o fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados, explicam, em parte, porque as políticas que priorizam a atenção às crianças se constituem, frequentemente, em políticas de consenso.

Os direitos da criança estão consagrados na Constituição Federal de 1988 e reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera a criança, a pessoa até 12 anos incompletos, e o adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989, considera a criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade (Brasil, 2018).

O Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de Saúde e de Educação. Tem como premissa o enfrentamento de vulnerabilidades, e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (Brasil, 2022).

De acordo com o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), há 76,7 mil creches em funcionamento no Brasil. Dentre as crianças matriculadas, 66,8% frequentam a rede pública, sendo que 99,8% das matriculadas em creches públicas estão em escolas municipais (Brasil, 2024).

A Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente e o Programa Saúde na Escola (PSE) são essenciais para a promoção da saúde e prevenção de agravos, garantindo um desenvolvimento integral. Desse modo, inseridos na Atenção Básica, reforçam o cuidado contínuo e integrado no SUS, aproximando os serviços de saúde das comunidades.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006).

A Atenção Básica deve ser resolutiva, solucionar os problemas de saúde mais prevalentes na população e encaminhar para outros níveis os problemas não solucionados em seu âmbito. A fisioterapia coletiva possibilita e incentiva a atuação também no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que potencialmente podem contribuir para o desenvolvimento da doença. Buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando, consequentemente, distúrbios que podem comprometer a saúde de modo geral. Fisioterapia e Atenção Básica, ao dialogarem trazem novas possibilidades de atuação, como vigilância dos distúrbios cinesiofuncionais, orientações posturais, desenvolvimento da participação comunitária e desenvolvimento de ambientes saudáveis e incentivos a estilos de vida saudáveis (Bispo Júnior, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a primeira infância é o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança. São nos primeiros anos de vida que ocorrem o amadurecimento do cérebro, a aquisição dos movimentos, o desenvolvimento da capacidade de aprendizado, além da iniciação social e afetiva.

Aos dois anos, o cérebro infantil pesa cerca de setenta e cinco por cento do peso do cérebro de um adulto e aos cinco anos chega a noventa por cento, enquanto o peso corporal ainda não chega a um terço do que alcançara no auge de seu desenvolvimento. É também um período de especialização do sistema nervoso, de modo que no cérebro, formam-se os centros motores, como os de linguagem e de habilidades espaciais. O cerebelo, órgão responsável pelo equilíbrio e pela coordenação motora, progride rapidamente nesta fase, até atingir sua plenitude, que ocorre por volta dos cinco anos de idade. É importante lembrarmos que a definição da lateralidade ocorre entre os dois e os cinco anos (Silva e Coutinho, 2024)

Estudos mostram que quanto melhores forem as experiências da criança durante a primeira infância e quanto mais estímulos qualificados ela receber, maiores são as chances de ela desenvolver todo o seu potencial, essa fase é extremamente sensível para o desenvolvimento do ser humano, pois é quando ele forma toda a sua estrutura emocional e afetiva e desenvolve áreas fundamentais do cérebro relacionadas à personalidade, ao caráter e à capacidade de aprendizado (Simão e Albrecht, 2017).

Nesse contexto, a vigilância do desenvolvimento infantil nessa fase é de extrema importância, considerando o crescimento e a maturação do tecido nervoso, período caracterizado por significativa plasticidade. Além disso, é nesse estágio que a criança responde de maneira mais eficaz aos estímulos provenientes do ambiente.

O desenvolvimento motor caracteriza-se pela mudança contínua do comportamento motor ao longo dos ciclos da vida, provocada pela interação entre as exigências da tarefa motora, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente (Gallahue, 2013).

A aquisição de habilidades motoras é um processo individual, no qual cada criança apresenta uma sequência motora própria. No entanto, o ritmo de aquisição dessas habilidades é único e influenciado por fatores genéticos, ambientais e de aprendizagem. Nos últimos anos, a pandemia representou uma grande barreira para o desenvolvimento infantil, especialmente no contexto escolar. Durante esse período, houve uma limitação das *affordances*, uma vez que o isolamento social se tornou um obstáculo para as oportunidades de estimulação motora que o ambiente oferece, o que impactou diretamente no desenvolvimento motor.

Lev Vygotsky (1989) teórico sociointeracionista, relata que na infância, a interação entre as crianças é indispensável para a construção de aprendizagens significativas. É nesse período que a criança inicia a descoberta do universo que a cerca e aprende a identificar sensações e pessoas. As amizades assumem um papel muito especial nessa fase da vida e desse modo, destaca-se a importância do outro não só no processo de construção do conhecimento, mas, também, na constituição do próprio indivíduo e do seu modo de agir (Maldonato *et al*, 2023).

O isolamento social repercutiu negativamente na vida das crianças em idade escolar, impactando no desenvolvimento motor e cognitivo, a falta de interação social diminui habilidades aprendidas nessa fase, como habilidades emocionais, cooperação, enfrentamento de conflitos e tomadas de decisão.

As crianças podem apresentar atrasos motores em diversos domínios, como motricidade fina e grossa, equilíbrio, esquema corporal, organização temporal e espacial e lateralidade. Além disso, podem desenvolver deficiências sensoriais e cognitivas, o que afeta diretamente sua participação em atividades da vida diária adequadas à idade.

Com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as atividades e a participação de crianças com atrasos motores são influenciadas por seu funcionamento físico e psicológico, bem como por fatores ambientais e pessoais. (Sanada *et.al*, 2020).

A escola é um importante local para o encontro entre saúde e educação, proporcionando diversas possibilidades de ações de cuidado e prevenção como: ações de diagnóstico clínico e/ou social, estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde, especializados ou de atenção básica, além de atividades de educação em saúde e promoção da saúde que podem ser amplamente realizadas (Mansour e Roveda, 2016).

O fisioterapeuta atuará como profissional de primeiro contato nas escolas, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento motor, realizar ações preventivas e promover intervenções na saúde das crianças. A avaliação busca rastrear possíveis atrasos no desenvolvimento motor geral e suas repercussões futuras.

## **Objetivo**

Neste estudo objetivou-se avaliar o desenvolvimento motor de crianças em idade escolar, de 6 a 8 anos.

## **Métodos**

Estudo de natureza transversal descritiva, realizado em uma instituição do terceiro setor de Uberlândia, onde 48 crianças, com idades entre 6 e 8 anos, foram avaliadas.

Os critérios de inclusão foram crianças de ambos os sexos, devidamente matriculadas na instituição, com idade adequada e que foram autorizadas pelos respectivos pais ou responsáveis e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para Maiores de 06 anos e Menores de 12 anos (TALE) referente ao seu filho (a).



Os critérios de exclusão contemplaram crianças que não apresentem condições físicas para realizarem as tarefas motoras contidas nas baterias avaliativas.

Para a avaliação foi utilizada a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM), desenvolvida por Francisco Rosa Neto (2002), a qual compreende um conjunto de provas diversificadas e de dificuldade graduada que são divididas nas seguintes categorias: Motricidade fina (avalia a coordenação óculo-manual); Motricidade grossa (avalia a coordenação geral); Equilíbrio (avalia a postura estática); Esquema corporal (avalia a imitação de postura e rapidez); Organização espacial (avalia a percepção espacial); Organização temporal (avalia a linguagem e estruturas temporais); e Lateralidade (avalia a lateralidade de mãos, olhos e pés). Cada uma dessas categorias é avaliada por meio de várias tarefas motoras, sendo cada uma delas específicas a uma idade cronológica, ou seja, com o avanço da idade aumenta o grau de dificuldade das tarefas.

A administração da bateria de testes é individual, sendo iniciado pela idade cronológica da criança e quando o êxito é obtido, avança-se para as tarefas relativas às idades seguintes até que um erro seja detectado. Quando a criança não obtiver êxito na primeira tentativa, recorre-se às tarefas pertinentes às idades anteriores até a obtenção de sucesso pela criança.

Cada teste realizado recebe nota 1 se foi realizado corretamente e nota 0 caso não seja realizado adequadamente.

A partir da aplicação da bateria de testes, é possível obter as seguintes variáveis, que permitem determinar o perfil motor, conforme Rosa Neto:

- Idades motoras por áreas (IM1= motricidade fina; IM2=motricidade global; IM3=equilíbrio; IM4=esquema corporal; IM5=organização espacial; IM6=organização temporal): somas dos valores positivos alcançados em cada teste específico. Expressas em meses.
- Idade motora geral (IMG): obtida através da soma dos resultados positivos obtidos nas provas motoras, expressa em meses.
- Idade negativa ou positiva (IN/IP): é a diferença entre a idade motora geral e a idade cronológica, expressa em meses.
- Quocientes motores por áreas (QM1= motricidade fina; QM2=motricidade global; QM3=equilíbrio; QM4=esquema corporal; QM5=organização espacial; QM6=organização temporal): divisão entre a idade motora correspondente e a idade cronológica, multiplicado por 100.

- Quociente Motor Geral (QMG): é obtido através da divisão entre a idade motora geral (IMG) e a idade cronológica (IC) multiplicado por 100, ( $QMG = IMG/IC \cdot 100$ ).

Os valores obtidos são quantificados e categorizados, o que permite classificar as habilidades analisadas em padrões, como: muito superior (130 ou mais), superior (120 – 129), normal alto (110 – 119), normal médio (90 – 109), normal baixo (80 – 89), inferior (70 – 79) e muito inferior (69 ou menos).

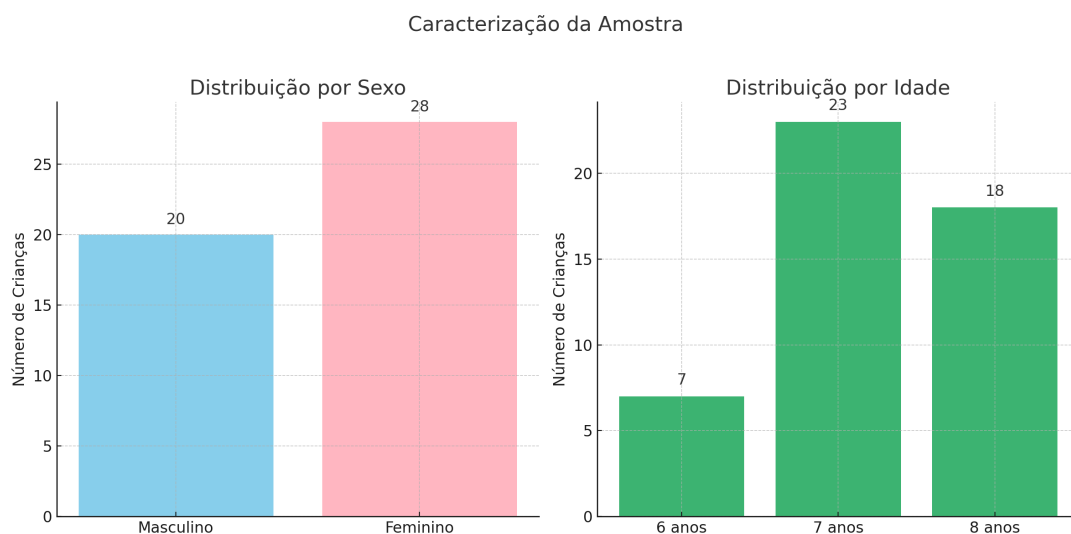
A partir desses resultados, é possível determinar o perfil motor da criança (representação gráfica dos resultados obtidos), permitindo uma comparação simples e rápida de diferentes aspectos do desenvolvimento motor, colocando em evidência os pontos fortes e fracos do indivíduo. Analisando os resultados do QMG, torna-se possível classificar o desenvolvimento motor de cada criança.

## Resultados

A pesquisa foi realizada com crianças entre 6 e 8 anos de idade, avaliadas por meio da Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) de Rosa Neto. A seguir, são apresentados os dados obtidos nas diferentes variáveis analisadas.

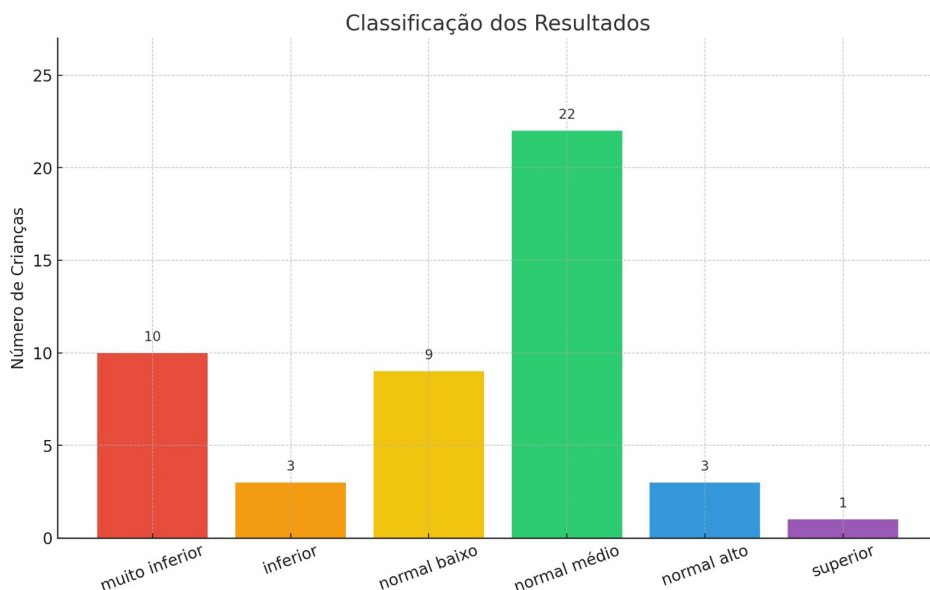
A amostra foi composta por 48 crianças, sendo 20 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, com idades distribuídas da seguinte forma:

*Gráfico 1: Caracterização da Amostra*



Com base na soma dos escores obtidos em todos os domínios, foi possível calcular a idade motora de cada criança e classificá-las conforme a EDM.

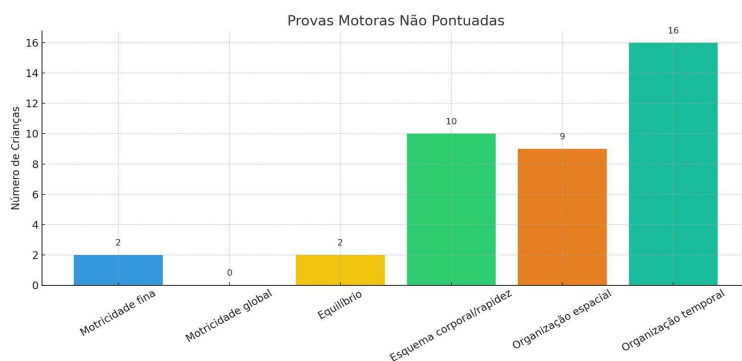
*Gráfico 2: Classificação dos Resultados*



Esses resultados evidenciam que a maioria das crianças apresenta desenvolvimento motor dentro da média, com uma proporção considerável em níveis abaixo do esperado para a faixa etária.

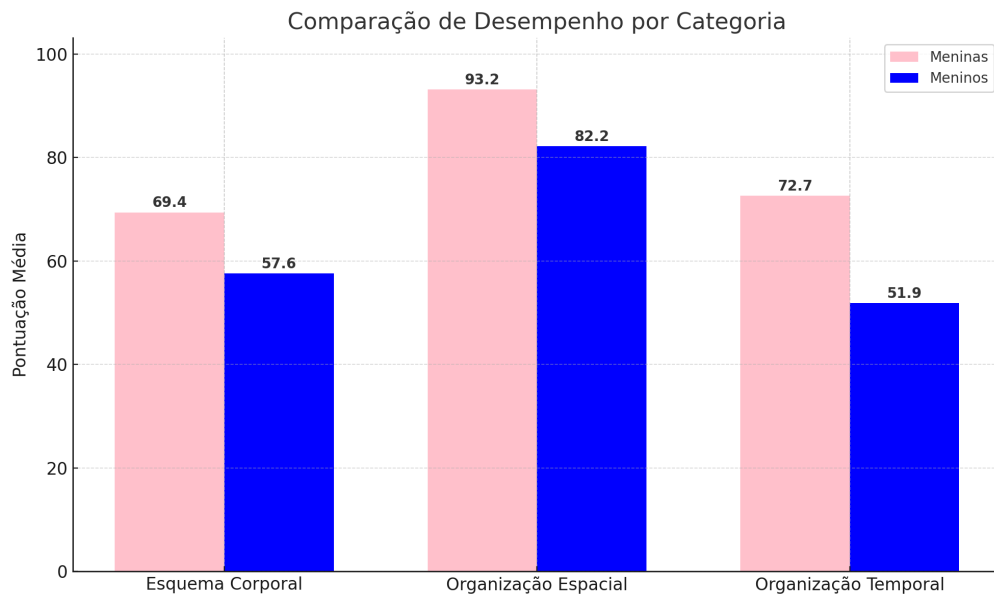
Durante a aplicação da escala, foi observado que algumas crianças não obtiveram pontuação suficiente em determinadas provas motoras, indicando dificuldade significativa ou ausência da habilidade avaliada. Esses resultados indicam atrasos específicos no desenvolvimento de certas habilidades motoras e foram considerados no cálculo da idade motora total. A frequência de provas não pontuadas pode sugerir áreas que demandam maior estímulo e acompanhamento no contexto educacional ou terapêutico.

*Gráfico 3: Provas Motoras não Pontuadas*



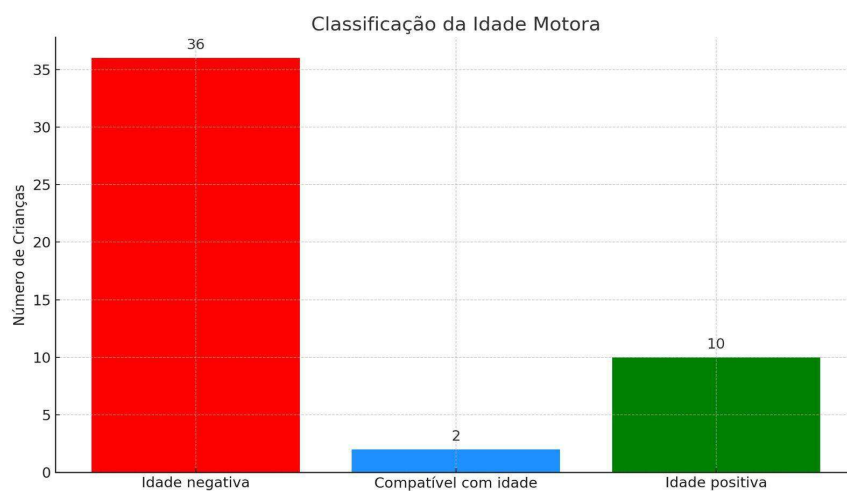
Em todas as categorias não pontuadas, destacadas anteriormente (esquema corporal, organização espacial e organização temporal), as meninas apresentaram desempenho superior à média dos meninos.

*Gráfico 4: Comparação de Desempenho por Categoria*



A classificação da idade motora foi realizada com base na diferença entre a idade motora (IM) e a idade cronológica (IC) de cada criança. Essa relação permite identificar se o desenvolvimento motor está adequado, avançado ou atrasado para a faixa etária.

*Gráfico 5: Classificação da Idade Motora*



Quando  $IM > IC$ , considera-se uma idade motora positiva, indicando um desenvolvimento motor acima do esperado. Por outro lado, quando  $IM < IC$ , trata-se de uma idade motora

negativa, sugerindo atraso no desenvolvimento motor. Já quando  $IM \approx IC$ , considera-se que o desenvolvimento motor está compatível com a idade cronológica da criança.

A maioria da amostra apresentou idade motora negativa, com defasagens que variaram entre -2 e -44 meses, indicando um atraso motor importante e necessitando de atenção.

Quanto à lateralidade, 62,5% das crianças foram classificadas com lateralidade direita, 22,9% com lateralidade cruzada e 14,6% apresentaram lateralidade indefinida. A alta frequência de lateralidade cruzada e indefinida pode estar associada a dificuldades na organização motora.

## **Discussão**

Os resultados obtidos evidenciam que a maioria das crianças avaliadas apresentaram o desenvolvimento motor classificado como normal médio, conforme os critérios estabelecidos pela EDM. No entanto, foi possível observar que algumas crianças não conseguiram realizar os testes propostos de acordo com sua idade cronológica. Esses achados indicam a presença de déficits relevantes em aspectos fundamentais para o desenvolvimento motor, tais como o esquema corporal, a organização espacial e a organização temporal.

O esquema corporal exerce um papel essencial na regulação postural, no conhecimento sobre si mesmo e na forma como o indivíduo se relaciona com o meio externo. De acordo com Rosa Neto (2002), o ponto central do esquema corporal reside na organização das sensações relacionadas ao próprio corpo, em associação com os estímulos provenientes do ambiente externo. Dessa forma, a organização do esquema corporal representa a base para a ação motora coordenada e eficiente.

A percepção do próprio corpo e a percepção deste no espaço e no tempo são essenciais para o desenvolvimento harmonioso dos aspectos motores, físicos e cognitivos. As dificuldades motoras podem interferir nas relações sociais, emocionais e escolares, por outro lado, explorar o movimento e o brincar espontaneamente precedem as atividades mais estruturadas de aprendizagem (Rosa Neto *et al*, 2011).

Nessa perspectiva, crianças que apresentam déficits nesse constructo tendem a manifestar dificuldades na percepção e compreensão do próprio corpo, comprometimentos na coordenação motora, dificuldade em seguir comandos motores e problemas relacionados à lateralidade.

A organização espacial compreende tanto o espaço corporal, diretamente acessível ao indivíduo, quanto o espaço externo que o cerca. Todas as modalidades sensoriais participam da percepção espacial, destacando-se a visão, a audição, o tato, a propriocepção e o olfato (Rosa Neto, 2002). Nesse contexto, a orientação espacial desempenha um papel fundamental na vida das crianças, pois está diretamente relacionada à capacidade de avaliar com precisão a posição do corpo em relação ao ambiente, bem como de realizar ajustes e modificações durante os deslocamentos e interações com o meio.

Uma criança com disfunções de lateralidade pode não perceber a diferença entre seu lado corporal predominante e o outro, possuindo dificuldades de discriminação visual por apresentar problemas de noção espacial. Desta forma, a criança não diferencia esquerda e direita e, muitas vezes, é incapaz de seguir a direção gráfica, isto é, a leitura começando pela esquerda (Lucena *et al*, 2010).

Sendo assim, crianças que demonstram comprometimento na organização espacial tendem a manifestar dificuldades na orientação corporal, apresentando limitações para distinguir posições como em cima, em baixo, à frente, atrás, direita e esquerda. Tais comprometimentos repercutem em aspectos importantes do desenvolvimento escolar, especialmente nas habilidades de leitura e escrita, uma vez que envolvem a estruturação espacial do pensamento e a organização de informações visuais no espaço da folha. O estudo de Cruz e Vianna (2021), confirma que os sujeitos com orientação espacial em defasagem com a idade cronológica têm dificuldades de aprendizagem.

A organização temporal é composta por dois grandes componentes: a ordem e a duração, sendo esta última associada ao ritmo. A ordem refere-se à sucessão dos acontecimentos, caracterizando-se por uma sequência física irreversível, em que um evento é continuidade de outro. Já a duração diz respeito ao intervalo de tempo que separa o início e o fim de um acontecimento, permitindo a percepção da variação temporal entre eles (Rosa Neto, 2002).

Crianças que apresentam déficits na organização temporal tendem a manifestar dificuldades significativas na estruturação de rotinas e no cumprimento de horários, bem como na execução de tarefas que exigem uma sequência lógica de ações. Além disso, podem apresentar comprometimentos na atenção e na concentração, bem como na compreensão de acontecimentos em ordem cronológica.

A literatura científica confirma a influência significativa dos componentes da aprendizagem motora na aquisição de habilidades necessárias para a aprendizagem da linguagem escrita. Esses componentes, ao contribuírem para o desenvolvimento da coordenação motora fina, orientação espacial e organização temporal, desempenham um papel fundamental no processo de alfabetização e no desempenho escolar das crianças (Beresford et al, 2002).

Os resultados deste estudo demonstraram que as participantes do sexo feminino apresentaram desempenho superior ao dos participantes do sexo masculino nos constructos de esquema corporal, organização espacial e organização temporal. No entanto, a literatura científica ainda é limitada quanto à existência de evidências consistentes que indiquem diferenças significativas entre os gêneros na aquisição dessas habilidades motoras (Silva, 2009). Cabe ressaltar que a composição da amostra pode ter influenciado os achados, uma vez que houve predominância de meninas entre os avaliados, o que possivelmente favoreceu os resultados obtidos.

As repercussões futuras dos déficits no desenvolvimento motor podem refletir-se de maneira significativa na vida emocional, social e acadêmica das crianças. Aquelas que apresentam dificuldades persistentes tendem a desenvolver baixa autoestima, frequentemente sentindo-se em desvantagem em relação aos colegas. Esse sentimento de inadequação pode contribuir para comportamentos de procrastinação, dificuldade no estabelecimento de metas pessoais e baixa tolerância à frustração, especialmente diante de tarefas que exigem planejamento, sequência e continuidade. Como consequência, há o risco de essas crianças se tornarem jovens desmotivadas, inseguras e pouco engajadas, com dificuldades para iniciar e manter projetos ou compromissos a longo prazo.

## **Conclusão**

Os atrasos identificados nesse estudo impactam diretamente no desempenho escolar, no desenvolvimento cognitivo e na autonomia da criança em atividades do cotidiano, bem como, podem repercutir no futuro nas respectivas condições de saúde, evidenciando a importância da intervenção fisioterapêutica na avaliação motora das crianças da fase escolar.

Os resultados deste estudo, revelam a relevância da avaliação do desenvolvimento motor em crianças na faixa etária escolar, especialmente considerando os impactos de fatores

ambientais, sociais e educacionais sobre esse processo. A aplicação da Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) permitiu identificar que, embora muitas crianças apresentem um desenvolvimento compatível com sua idade cronológica, uma parcela significativa demonstrou atrasos motores em diferentes domínios, com destaque para o esquema corporal, organização espacial e organização temporal. Esses achados reforçam a importância do rastreamento precoce de alterações no desenvolvimento motor, possibilitando a identificação de crianças em risco e a elaboração de estratégias de intervenção adequadas.

Além disso, o contexto da escola se destaca como um espaço privilegiado para a promoção da saúde e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, permitindo a atuação integrada entre os setores da saúde e da educação. Nesse cenário, o fisioterapeuta assume um papel fundamental na promoção/prevenção, avaliação e intervenção junto às crianças, contribuindo de forma significativa para o seu pleno desenvolvimento motor, cognitivo e social. A atuação fisioterapêutica na Atenção Básica, especialmente por meio de programas como o Programa Saúde na Escola (PSE), revela-se essencial para a promoção da equidade, o fortalecimento das políticas públicas e a construção de uma infância mais saudável e com melhores oportunidades de aprendizagem e crescimento.

A literatura disponível traz, em sua maioria, estudos antigos que abordam o atraso no desenvolvimento de habilidades motoras e suas repercussões na vida das crianças. No entanto, percebe-se a necessidade de novas investigações que considerem as atuais demandas escolares e sociais. É fundamental levantar novas hipóteses que relacionem o atraso na aquisição dessas habilidades com impactos negativos no desempenho escolar.

Nesse contexto, reforça-se a importância da atuação do fisioterapeuta na avaliação motora de crianças de 6 a 8 anos, uma vez que essa faixa etária corresponde a um período crítico para o desenvolvimento de habilidades essenciais ao processo de aprendizagem. A identificação precoce de déficits motores pode contribuir significativamente para intervenções mais eficazes, promovendo melhor desempenho acadêmico e qualidade de vida.

## **Referências**



1. ALBRECHT, Ana Rosa Massolin; SIMÃO, Andriely Kariny. A importância da primeira infância no desenvolvimento do ser humano. 2016.
2. AMÂNCIO, Natália de Fátima Gonçalves; GRANJA, Eliane Rabelo de Sousa; MALDONADO, Andréa Kelly da Silva; PFEILSTICKER, Francis Jardim. Impactos da pandemia para o desenvolvimento infantil. 2023.
3. ANDRÉA KELLY DA SILVA, MALDONADO, Andréa Kelly da Silva; GRANJA, Eliane Rabelo de Sousa; PFEILSTICKER, Francis Jardim. Impactos da pandemia para o desenvolvimento infantil. 2023.
4. BERESFORD, H.; QUEIROZ, M.; NOGUEIRA, A. B. Avaliação das Relações Cognitivas e Motoras na Aquisição Instrucional das Habilidades para a Aprendizagem da Linguagem Escrita. *Revista Ensaio: Avaliação Política Pública Educacional*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 493-502, 2002.
5. BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1627-1636, 2010.
6. BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Conselho Federal de Educação, 19 fev. 2002.
7. BRASIL. Ministério da Educação; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Dados sobre creches no Brasil. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Primeira infância.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, v. 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
11. BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno Temático do Programa Saúde na Escola: promoção da cultura de paz e direitos humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
12. CRUZ, Matheus Ramos da; VIANNA, José Antonio. Orientação espacial e rendimento escolar. *Revista Multidisciplinar de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura do Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira – CAp/UERJ*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, 2021.
13. GALLAHUE, David L.; OZMUN, John C.; GOODWAY, Jackie D. Compreendendo o desenvolvimento motor. 7. ed. Porto Alegre, 2013.

14. LUCENA, N. M. G. et al. Lateralidade manual, ocular e dos membros inferiores e sua relação com déficit de organização espacial em escolares. *Estud. psicol. Campinas*, v. 27, n. 1, p. 03-11, jan- mar. 2010.
15. MANSOUR, Kamila Mohammad Kamal; ROVEDA, Patrícia Oliveira. Presença da fisioterapia preventiva no contexto escolar: educação e prevenção em saúde. 2016.
16. ROSA NETO, Francisco. Manual de Avaliação Motora. Porto Alegre: Artmed, 2002.
17. SILVA, Miriam Beckhäuser de Bastos. Perfil motor de crianças na educação infantil: estudo longitudinal. Florianópolis, SC, 2009.
18. SILVA, Paloma Mariane; COUTINHO, Diógenes José Gusmão. O desenvolvimento motor em crianças de 0 a 6 anos dentro da educação especial inclusiva. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, São Paulo, v. 10, n. 08, ago. 2024.
19. SIMÃO, Andriely Kariny; ALBRECHT, Ana Rosa Massolin. A importância da primeira infância no desenvolvimento do ser humano. 2016.
20. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: o papel da atenção primária à saúde . Luciana Sayuri Sanada et al. Florianópolis: CCS/UFSC, 2020.
21. WILLRICH, Aline; AZEVEDO, Camila Cavalcanti Fatturi de; FERNANDES, Juliana Oppitz. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Revista Neurociências*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 51-56, 2009.