

biço. "Fazer pular" uma criança atetóide geralmente fa-la-á mais dura e athençará seus movimentos involuntários.

O "Baby Bouncers" (Sacudidor de bebê) pode ser usado por alguma criança mole ou por crianças que estão atrasadas em seu desenvolvimento maior devido aos padrões de movimentos desorganizados, que não sejam algumas atividades específicas do tônus. Não recomendamos o uso do "Baby Bouncers" para a criança espástica e atetóide porque têm o mesmo efeito negativo do fazer "pular" a criança no chão.

Lançar no ar

Para a criança normal, lançá-la no ar e apanhá-la pode ser divertido, mas falando-se de criança com paralisia cerebral, não faça isso a menos que ela seja bem controlada — contudo muitas crianças parecem gostar disso. A excitação e a estimulação só fará um espástico ficar muito duro. Um atetóide ficará mais ainda desorganizado em seus movimentos. Recorreremos completamente a importância para a criança deste tipo de "brincadeiras" completamente a importância para a criança deste tipo de "brincadeiras" dos pais", mas a criança também se divertirá se você balançá-la lentamente no ar, controlando-a como está mostrado na fig. 19 (a), (b) e (c).

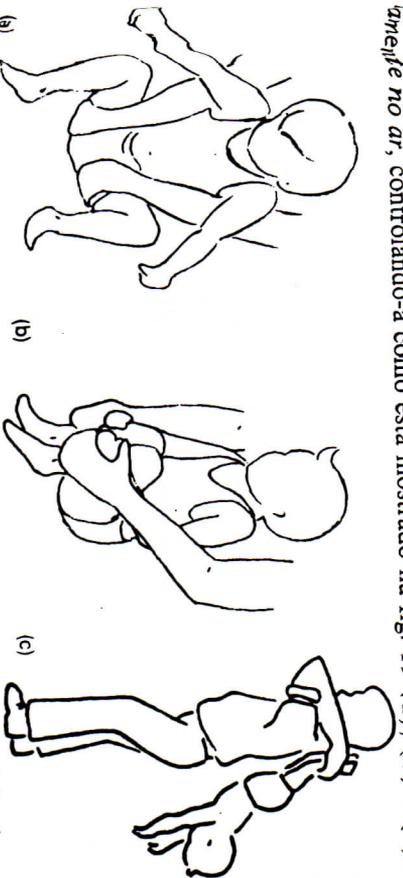


Fig. 19. (a) "Balançando" uma criança espástica no ar. As pernas são dobradas e rodadas para fora, pela maneira de pegar, seus antebraços prenderão seus ombros empurrados para baixo e ao mesmo tempo manteremos para diante. Manter os quadris puxados para você e dobrados, de costas para você e afastados. (b) "Balançando" uma criança atetóide no ar. A posição é semelhante à da espástica mas o controle é diferente. Trazendo os braços da criança para diante, seus antebraços de frente dos braços da criança, manter as mãos logo abaixo dos joelhos. As pernas devem ser dobradas e mantidas juntas. Manter os quadris flexionados e os pés em direção a você, de costas para você e afastada. (c) "Balançando" uma criança "frouxa" que tem fraco controle da cabeça e costas e pernas ativas. Seguram-se as pernas junto aos calcanhares e os pés da criança junto aos seus ombros. Sacudindo-a contra suas costas, você estimulará a criança a levantar a cabeça e estender as costas e os braços.

CAPÍTULO 4

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE MANUSEIO

Quando estudamos o manuseio do bebê normal vimos como o desenvolvimento do controle da cabeça é a base para todos os nossos movimentos e atividades, sejam eles movimentos de equilíbrio automáticos ou espontâneos, ou movimentos voluntários; qualquer que seja o nosso movimento ajustamos a posição da cabeça, mantendo-a firme na linha mediana do corpo.

Quando observamos o desenvolvimento motor da criança com paralisia cerebral, vimos que não somente o controle da cabeça está atrasado e inadequado, mas que os padrões de reação anormais do corpo provêm da cabeça, do pescoço e da coluna; segue daí que o controle destes padrões anormais é mais efetivo destes pontos conhecidos como "pontos-chaves".

Ilustramos nas figuras 20 a 42 técnicas de manuseio e algumas das reações anormais mais típicas da criança com paralisia cerebral; há, naturalmente, variações individuais destas reações, e o manuseio nestes pontos-chaves tornará certos movimentos mais fáceis.

Enquanto aprende a observar os padrões de postura e movimento da criança coordenados anormalmente e seus efeitos sobre toda a criança, você deve tornar-se sensível às variadas mudanças de tonus muscular sob suas mãos, sendo capaz de sentir a diferença, por exemplo, entre um braço que se percebe endurecido e resiste ao movimento, e um outro que se sente leve e por isso pode ser movido ativamente pela criança.

Um importante fator quando se manuseia a criança com paralisia cerebral, especialmente nos primeiros anos, é a habilidade de usarmos nossas mãos efetivamente e economicamente. Você verá, quando estudar os desenhos que a ênfase é na simetria e que além dos "pontos-chaves" já descritos também faço referência a outros "pontos-chaves" — o ombro e a cintura escapular, os quadris e a pélvis.

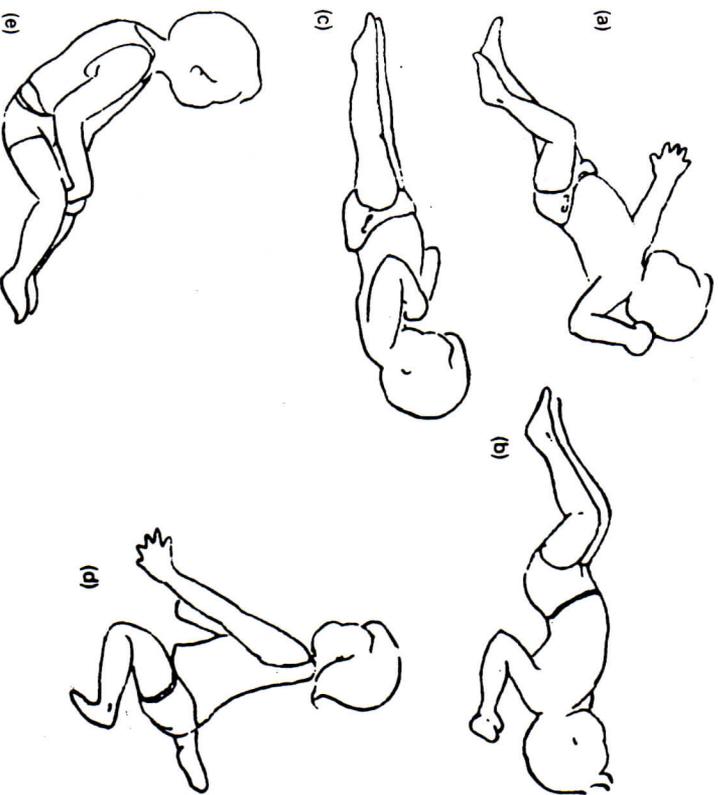


Fig. 20. Exemplos de posturas anormais, devido à posição da cabeça, que afeta o corpo todo. Estas posturas resultarão em padrões anormais de movimento, impedindo o desenvolvimento normal das reações de equilíbrio e retificação.

Nota: Estas posturas serão mais permanentes na criança espástica, intermitentes na criança atetóide, e visto no lado afetado somente na criança hemipléica.

(a) A criança roda a cabeça, que pode também estar flexionada para um lado, e nos casos muito graves puxada para trás. O braço e a perna que estão do lado em que a face está virada estão estirados, a mão aberta, o braço e a perna do lado oposto em que a cabeça está virada estão flexionados e a mão bem fechada. Este padrão é visto mais claramente quando a criança está deitada de costas e está frequentemente presente, mas modificado quando a criança está deitada de bruços ou sentada.

(b) A cabeça e os ombros estão puxados para trás e as costas estão arqueadas. As pernas da criança atetóide podem permanecer flexionadas — as pernas da criança espástica estarão endurecidas e estendidas. Se a criança está tão gravemente afetada como está mostrando no nosso desenho, ela pode mesmo mostrar o mesmo padrão quando está deitada de bruços.

(c) A cabeça está puxada para a frente, os braços estão flexionados e estão puxados sobre o peito, os quadris e as pernas esticadas. Se a criança mostra este padrão enquanto está deitada de costas, ele será ainda mais acentuado quando a criança estiver de bruços.

(d) Levantando a cabeça e as costas, como está ilustrado, o resultado é que os braços ficam rigidamente estendidos e também os quadris, enquanto as pernas e os tornozelos ficam flexionados. Algumas vezes, como mostra no desenho, a criança senta entre as pernas.

(e) Dobrando a cabeça acontece o oposto, isto é os braços flexionam e os quadris e joelhos estendem. Este padrão pode também ser visto quando a criança senta.



Fig. 21. (a) Algumas crianças com paralisia cerebral empurram a cabeça para trás e ao mesmo tempo trazem os ombros para cima e para a frente. Não tente corrigir a posição da cabeça colocando a mão no pescoço atrás da cabeça, isto fará com que a criança empurre mais ainda para trás.

(b) Coloque as suas mãos de cada lado da cabeça e empurre para cima, como se fosse esticar o pescoço dela. Enquanto você faz isto empurre os ombros da criança para baixo com os antebraços.

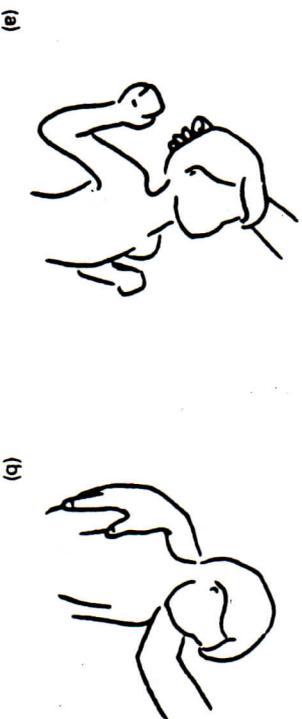


Fig. 22. (a) Se a criança senta em seu colo jogando a cabeça, os ombros e os braços para trás, não tente empurrá-la para a frente como está mostrando no desenho.

(b) Este desenho ilustra um método de parar a criança que está se empurrando para trás. O antebraço cruza o pescoço por trás, na base do crânio, a mão e o antebraço controlam os ombros empurrando-os para a frente e para dentro.



Fig. 23. Algumas crianças não podem levantar ou manter a cabeça na linha mediana porque são geralmente "moles" demais. Segurando firmemente nos ombros com os polegares no peito delas, você pode dar-lhes alguma estabilidade, trazendo os ombros para a frente. Isto as ajudará a levantar a cabeça e mantê-la levantada.

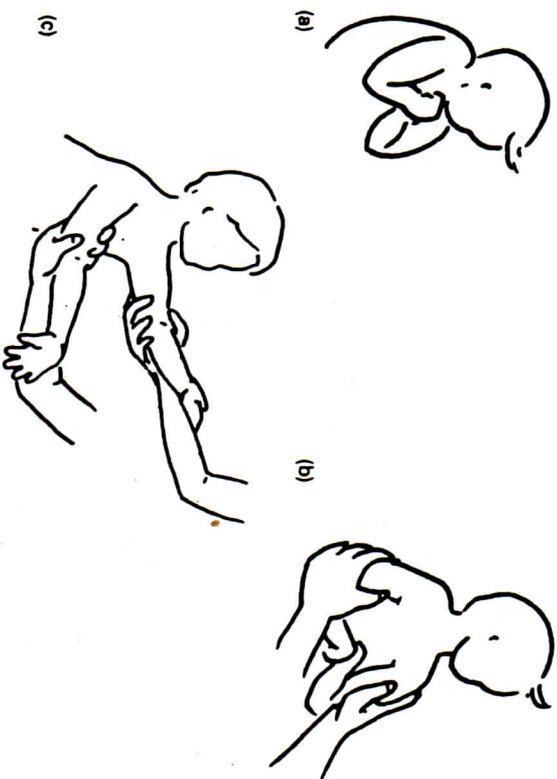


Fig. 24. Estes desenhos mostram como com um cuidadoso controle você pode corrigir a posição dos braços da criança e ao mesmo tempo influenciar a posição do resto do corpo. A criança, nos desenhos, está sentada.

Grupo 1
 (a) Um padrão típico de flexão visto na criança *espátrica*. Os braços estão rodados para dentro, nos ombros; isto, geralmente é acompanhado pelo estiramento dos quadris.
 (b) Segure a criança acima e pelo lado de fora dos cotovelos e no alto dos braços.
 (c) Com um movimento leve e role para fora seus braços enquanto você traz a criança para você.
 Manuseando a criança deste modo, você pode facilitar o levantamento de sua cabeça, estender sua coluna e flexionar seus quadris.



Fig. 25. Grupo 2.
 (a) Um padrão típico de extensão visto na criança *atetóide*: os braços são rodados para fora nos ombros enquanto estão ambos dobrados ou um estirado e um flexionado; isto geralmente é acompanhado por excessiva flexão dos quadris.
 (b) Com um movimento, girar os braços para dentro nos ombros e levemente para baixo, trazer a criança para você e então gradualmente levantar os braços. Manuseando a criança deste modo você facilitará a flexão para frente de sua cabeça e o arredondamento da coluna, e modificará a excessiva flexão dos quadris.

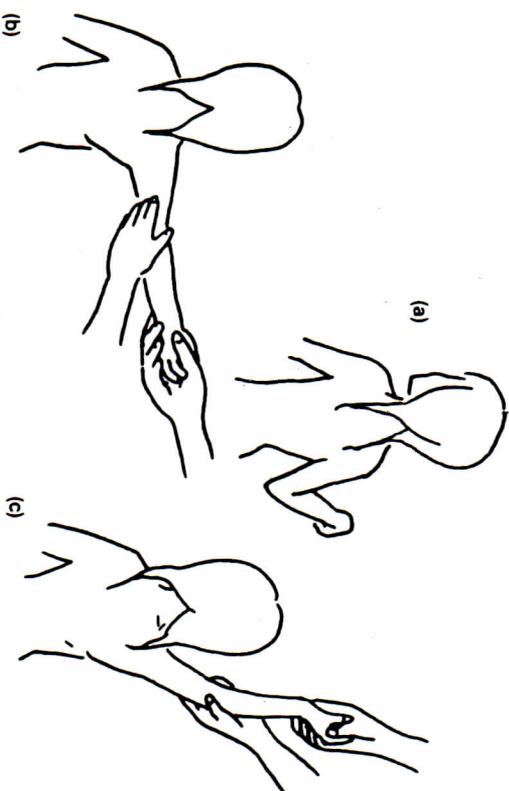


Fig. 26. (a) Mostra o braço de uma criança *espátrica* rodado para dentro no ombro (que está pressionado para baixo), a cabeça também puxada para este lado, o cotovelo flexionado, o antebraço rodado para dentro de modo que as mãos estão com a palma para baixo, pulso e dedos estão flexionados, o polegar repousando e cruzando a palma da mão.
 (b) e (c) Pelo levantamento do braço, esticando-o e rodando-o para fora no ombro ; no cotovelo, será mais fácil estender o pulso e abrir os dedos e o polegar.

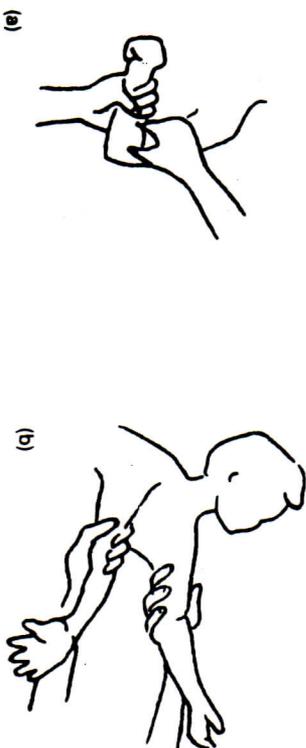


Fig. 27. (a) Não tente estender o braço da criança segurando acima e abaixo de uma articulação. Tentar estender um membro deste modo só fará flexioná-lo cada vez mais.
(b) Segurando com sua mão acima da articulação você poderá estender e rodar o membro para dentro e para fora em um movimento.

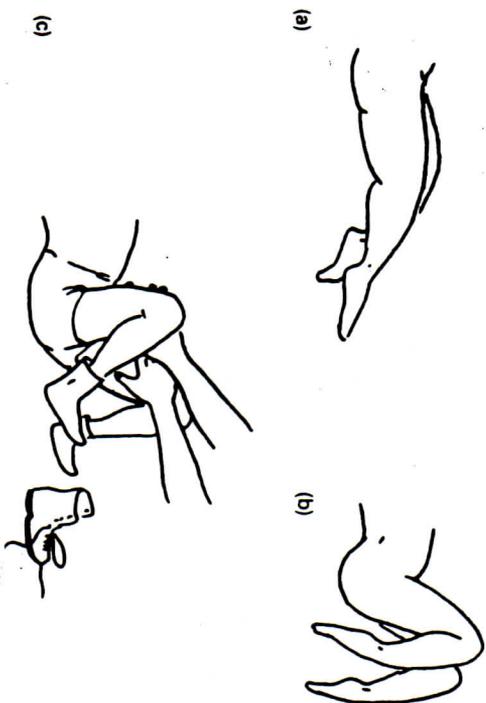


Fig. 28. (a) e (b) Posições típicas de uma criança gravemente espástica. Se tentamos flexionar o pé enquanto as pernas estão nesta posição, por exemplo para calçar o sapato ou a meia veremos que é impossível.
(c) Se os quadris estão flexionados e as pernas afastadas veremos como esta posição facilitará a flexão do pé.

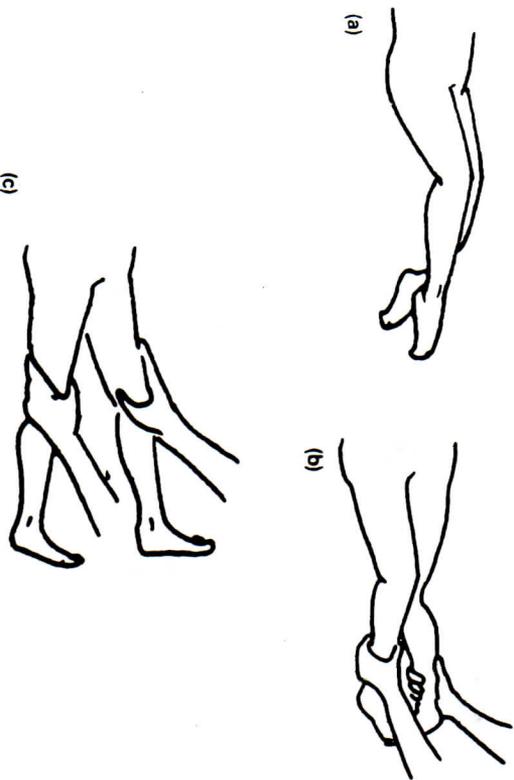


Fig. 29. Se você quer apartar as pernas da criança e ela está deitada como mostra a figura (a), não tente afastá-las segurando-as no calcanhar como mostra a figura (b); isto fará com que ela puxe cada vez mais as pernas para ficarem juntas.
(c) Afaste as pernas e as rode para fora, controlando as pernas com uma pegada acima do joelho.

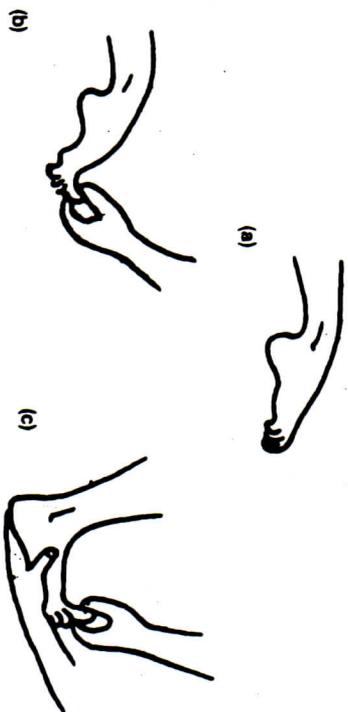


Fig. 30. (a) Os dedos do pé da criança muitas vezes ficam em garra (dobrados para baixo) quando o pé está na posição mostrada no desenho.
(b) O modo errado de estender os dedos, puxando deste modo fará somente que eles dobrem mais ainda.
(c) Modo correto. Primeiro estenda o pé de que a perna esteja rodada para fora, ver fig. 29 (c); dobre o pé para cima e então tente estender os dedos.



Fig. 31. (a) Mão típica de uma criança *espástica*, mão fechada com pulso flexionado, polegar cruzado na palma da mão.
 (b) Maneira incorreta de esticar o pulso e os dedos — puxando o polegar deste modo, o pulso e os dedos flexionam mais, há também o perigo de lesar a articulação do pulso.
 (d) Pegada correta para manter os dedos e o pulso estirados.

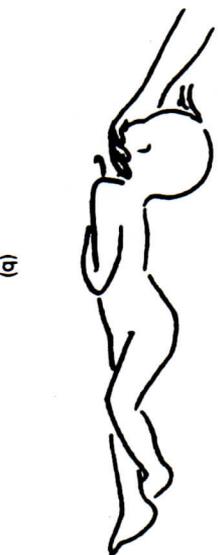


Fig. 32. (a) Criança *espástica* gravemente afetada, deitada de bruços, incapaz de levantar a cabeça ou a coluna, ou de levar os braços para diante. Seus quadris são semifletidos, com a pelvis inclinada para trás ou para um lado, suas pernas são duras e semifletidas nos joelhos. Antes que se espere que ela possa mover-se no chão, ela deve aprender a deitar todo encostada no chão com os braços estirados para fora de frente dela e aprender a levantar a cabeça.
 Quando você a está ajudando a deitar-se completamente de bruços:
 (b) Não levante somente a cabeça, porque isto aumentará a pressão para baixo dos ombros, a flexão dos braços e dos quadris e fará as pernas endurecerem. Não tente esticar as pernas e os quadris pressionando, com as mãos, para baixo sobre as nádegas da criança; isto fará com que todo o corpo flexione mais.
 (c) Com uma das mãos na coxa, empurre a pelvis para baixo até que a criança deite completamente estirada. Estire o quadril e rode e estire a perna, controlando o movimento sobre a articulação do joelho, como está ilustrado.



(a)



(b)



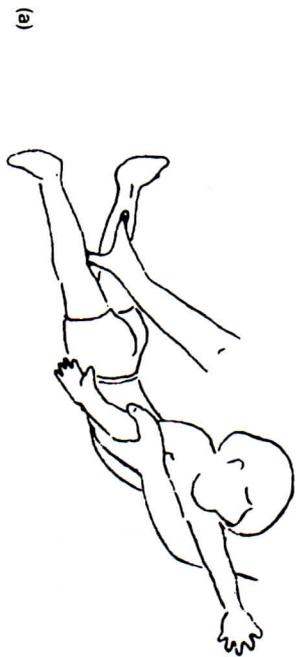
(c)



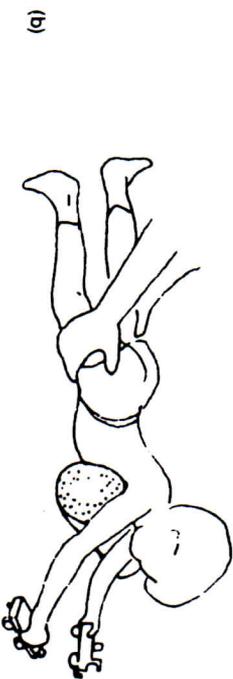
(d)

Fig. 33. A maneira correta de controlar a criança de modo que você possa colocá-la deitada totalmente de bruços.

- (a) Ao mesmo tempo que você levanta e roda a cabeça, comece a levar o braço para diante.
- (b) Gire o ombro para fora quando você levantar e estivar o braço. Seu ponto de controle é acima da articulação do cotovelo.
- (c) Mantendo a cabeça levantada, segure o braço estirado e no ar (como está ilustrado) até que não sinta mais peso e não pressione para baixo no ombro e então coloque o braço no chão. Siga o mesmo processo com o outro braço. Não permita que a cabeça flexione para diante.
- (d) Se os braços não estão demasiado duros, levante o ombro para cima e para fora com rotação do tronco que poderá ser suficiente para facilitar trazer o braço para diante.



(a)



(b)

Fig. 34. (a) Quando se coloca uma criança sobre um rolo, primeiro faça com que ele fique estirado, como está na ilustração. Isto diminuirá suas dificuldades quando ele estiver sobre o rolo. Quando a criança tenta tomar o peso nas mãos ou brincar nesta posição, a tendência será para os quadris e as pernas flexionarem.

(b) Esta figura ilustra como, pelo controle da criança segurando-a nos quadris, você pode manter os quadris e as pernas estendidas, e ao mesmo tempo girar as pernas para fora.

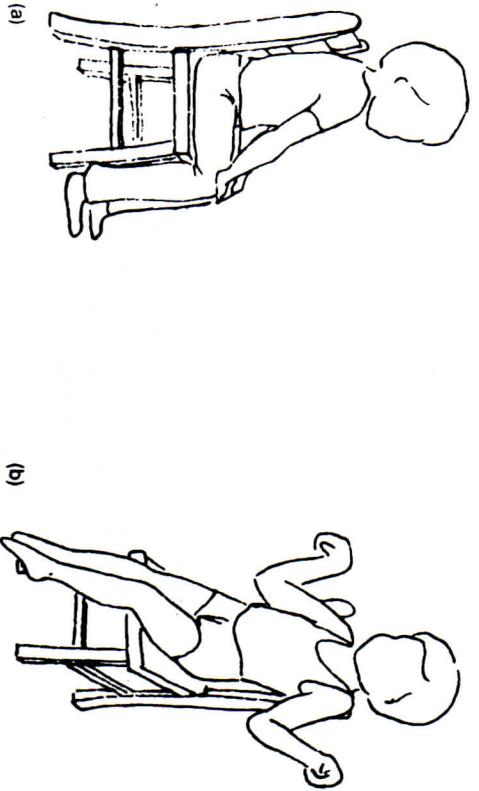


Fig. 35. (a) Posição normal de sentar: quadris flexionados, costas e cabeça em alinhamento, joelhos flexionados, pés totalmente no chão.
 (b) Ilustração do problema da criança atetóide com espasticidade quando ela tenta sentar. Sua dificuldade fundamental é a incapacidade de flexionar os quadris; as razões para isso são:
 O empurrão para trás de sua cabeça, seus ombros e seu tronco.
 A pressão de suas nádegas contra a cadeira.
 O contacto dos dedos do pé com o chão.



Fig. 36. A criança pequena com espasticidade, sentada nos joelhos de sua mãe, está ainda no estágio de ter que dobrar os joelhos e os quadris (padrão primitivo), mas se ela é mantida sem o adequado controle o contínuo empurrar para trás de sua cabeça, dos ombros e do tronco causará, com o tempo, o endurecimento dos quadris e das pernas.

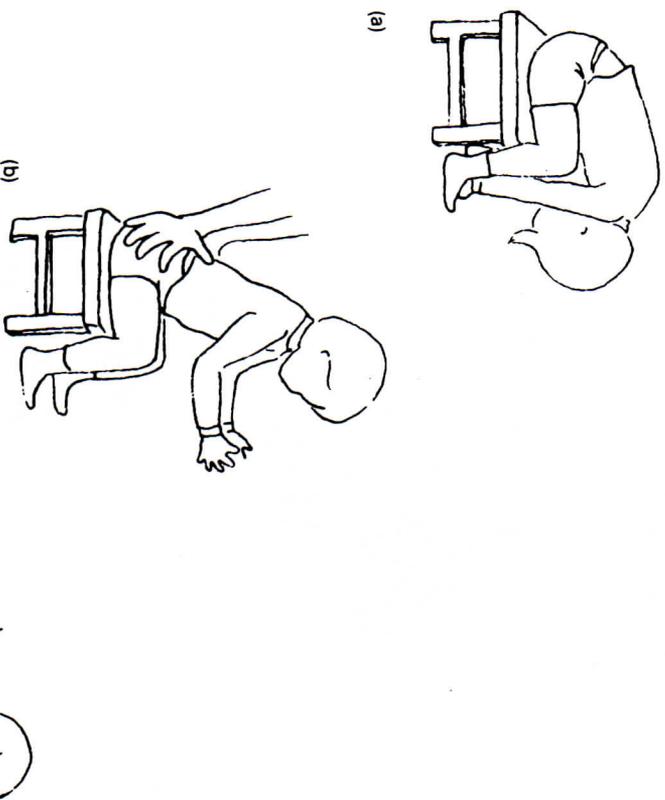
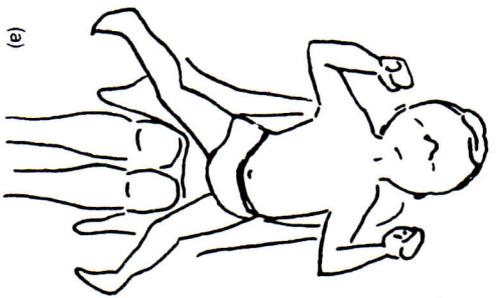
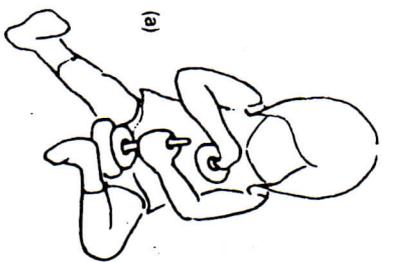


Fig. 37. (a) Criança frouxa sentada, incapaz de levantar a cabeça e estender as costas.
 (b) Colocando ambas as mãos firmemente (empurrando para baixo) sobre a região lombar (parte inferior das costas), com os polegares de cada lado da coluna, a criança tem um ponto de fixação o que facilita o levantar da cabeça e o estiramento da coluna.
 (c) Isto também pode ser feito quando a criança estiver sentada no colo.



(a)



(a)

(b)

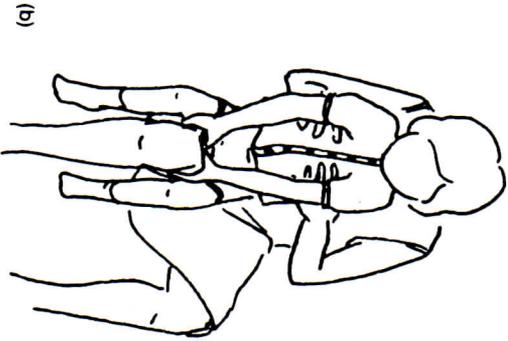
Fig. 39. (a) e (b) Duas das muitas posições de sentar da criança normal. Note a base larga e a coluna erecta.

O que segue são as razões porque não devemos encorajar o sentar de pernas cruzadas para a criança *espástica*.

1. Devido à flexão de todas as articulações há um perigo mais tarde de desenvolver contratura em flexão do quadril e do joelho, tornando muito difícil ou impossível o ficar de pé da criança mais tarde.

2. É uma posição assimétrica.

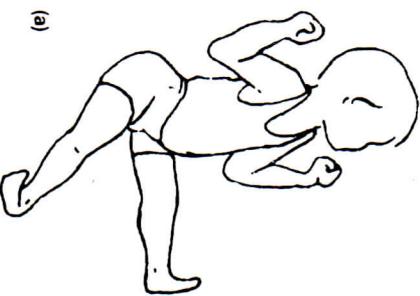
3. Há muito peso do lado de fora dos pés que estão virados para dentro — uma posição do pé que desenvolverá mais tarde de um modo qualquer, em muitas crianças com paralisia cerebral quando elas começarem a ficar de pé e andar; devemos tentar não reforçar esta tendência.



(b)

Fig. 38. (a) Muitas crianças com paralisia cerebral têm uma tendência a esticar seus quadris e rodar as pernas para dentro, mesmo quando sentadas. Os pais são aconselhados em tais casos a sentar a criança montadas no colo. Deve-se contudo admitir que isto pode proporcionar uma base larga demais onde a criança deve sentar. O desenho mostra a posição exagerada da criança tentando sentar numa base muito larga e assimala o efeito que isto ocasiona no resto da postura.

(b) A base mais estreita mantém as pernas afastadas e os quadris rodados para fora, os braços e a cabeça são controlados a partir dos ombros, que são levantados e rodados para dentro com leve pressão em direcção para dentro sobre o peito.



(a)



(b)

Fig. 40. (a) Posição típica de sentar da criança *atetóide*, quadris muito flexionados com pernas estiradas e bem afastadas, ao mesmo tempo que sua cabeça e os ombros são puxados para trás; isto torna impossível para ela usar os braços para o apoio ou para alcançar adiante para usar as mãos.

(b) A criança senta com as pernas dobradas e juntas, ela é mantida pelos ombros que são girados para dentro e trazidos para diante, dando-se alguma pressão. Isto a preparará para o estágio seguinte, isto é, tendo as mãos aos lados e apoiando-se. Deve ser usada a mesma pegada nos ombros.

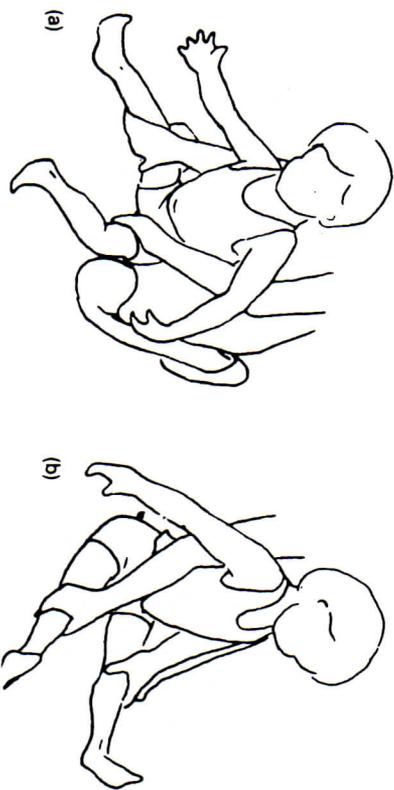


Fig. 41. (a) Quando se puzer um espástico na posição como esta mostrando no desenho, primeiro puxe-o em direção a você "pelos quadris ou pelas calças". Nunca o sente no chão e flexionar depois os quadris. A mãe mantém o corpo da criança para a frente o que facilita a flexão de seus quadris e joelhos. Ela mantém as pernas da criança afastadas e rodadas para fora primeiro colocando as suas mãos na parte mais altas das coxas da criança, por dentro e então, como está ilustrado, mantém-o pelos joelhos.
(b) A criança aprende a sentar-se de frente, por si mesmo, e sua mãe ajuda a estender as pernas.

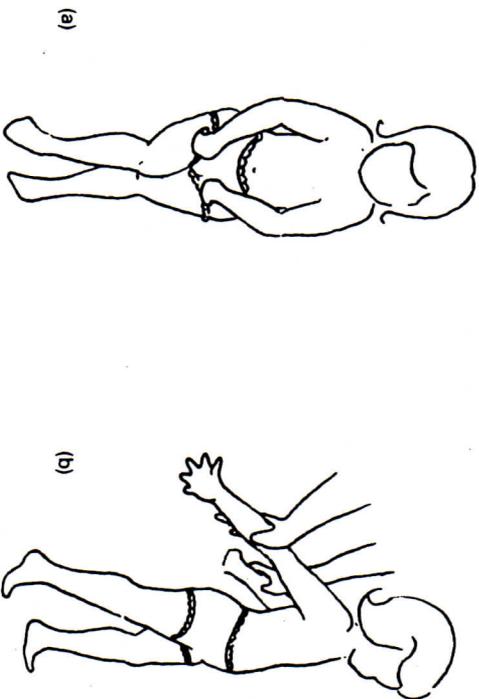


Fig. 42. (a) Posição típica de ficar de pé de uma criança *espástica*. O padrão anormal de suas pernas dá apenas uma pequena base para ficar de pé, seu peso é todo sobre os dedos ou no bordo interno do pé; isto torna impossível para ela transferir seu peso para os lados para uma perna para torná-la capaz de dar um passo para diante.
(b) Ajudar a criança a andar. Estenda e gire para fora os braços segurados pelos cotovelos, empurrando os ombros para cima e para a frente. Isto ajudará a estender-se endireitando a cabeça, a coluna e os quadris.

Uma medida da espasticidade da criança mostra-se na resistência ao movimento. Por exemplo, quando se tenta trazer os braços para diante numa tentativa de sentá-la o grau de resistência que você sente torna você capaz de julgar as dificuldades com que a criança se vê, e se o movimento está ou não completamente além de sua força. Em outras palavras, sabemos qual a cooperação que realmente você pode pedir a ela e quanto de um movimento ela pode esperar fazer. Para apreciar a diferença no sentir entre um movimento de, digamos, um braço que apresenta resistência e outro que não apresenta, levanta o braço de uma pessoa *normal* e mova-o vagarosamente em diferentes posições. Você verificará o quanto o braço é leve e que não há resistência. Quando você tira o apoio dado pela sua mão você sentirá que há uma pausa momentânea antes do braço cair ao lado da pessoa.

Agora faça a mesma experiência numa criança com paralisia cerebral. No caso da criança espástica, note a pesada sensação quando você segura os seus braços, com eles pressionam para baixo e resistem ao movimento, principalmente quando levantados, tornando impossível para ela manter a posição de seus braços. A resistência oferecida pela criança atetóide numa experiência semelhante é diferente, pois conquanto haja uma resistência inicial, o braço subitamente "vai", mas quando você remove o apoio de sua mão a criança não será, também, capaz de manter a posição de seu braço.

O que foi dito serve para demonstrar a importância do "sentir", em outras palavras, a diferença entre o braço de uma criança com paralisia cerebral e o de uma criança normal. O mesmo tipo de experiência pode ser feito com outras partes do corpo.

No manuseio do tratamento, nossa finalidade é *tirar* o nosso apoio tão logo seja possível, lembrando que onde *você* estiver segurando e movendo, *você* estará fazendo o movimento. Você deve encorajar a criança a mover ativamente sem ajuda, o que ela só poderá fazer se você tirar sua mão no exato momento e então encorajá-la a mover-se por si própria.

Quando você estudar as figuras é importante lembrar que conquanto sejam similares os "pontos-chave" de controle mostrados para crianças diferentes — espásticas, atetóides, frouxas — variam as técnicas de manuseio. Enquanto a criança espástica é dura e necessita ser inibida enquanto se move, a criança atetóide se movimenta demais e necessita pressão e estabilidade e algumas vezes inibição, que a torna capaz de organizar, graduar e melhorar a qualidade de seu movimento. A criança frouxa ne-

cessita pressão e estabilidade além de outras técnicas de manuseio que a ajudam a aumentar o tonus muscular como a base para o movimento ativo.

Os pontos como a importância da velocidade no manuseio e o "assumir" gradual de um movimento pela criança são vistos nos capítulos que se relacionam com as atividades específicas, como por exemplo vestir-se.

Espero que tenha ficado claro que pelo nosso manuseio podemos preparar a criança para a função. Para fazer isto com sucesso você necessitará aprender, com a ajuda de seu terapeuta, observar e compreender as razões para as dificuldades de movimentação de sua criança e como variam estas dificuldades, para estar consciente com os padrões anormais de postura e movimento afetam o corpo todo, e como pela manuseio nos "pontos chave" você pode influenciar ou mudar estas reações. Durante as sessões de tratamento o seu terapeuta demonstrará e ensinará a você as técnicas que podem ser usadas para inibir ou aumentar o tonus muscular nos casos apropriados, e como combinar técnicas especiais de inibição com facilitação.

CAPÍTULO 5

DORMIR

O berço ou a cama

Porque é tão importante a posição do berço ou cama?

Você pode ter observado que quando a criança com paralisia cerebral está deitada de costas, tem grande dificuldade em manter a cabeça na linha mediana e pode ter a tendência de virar a cabeça mais para um lado do que para o outro e ao mesmo tempo empurar-se para trás contra o travessieiro. Isto pode, com o tempo, resultar em deformidade da coluna e dos quadris, o quadril no lado oposto daquele em que a cabeça está virada tendendo a rodar para dentro. É pois importante ter em conta este problema particular da criança antes de decidir o melhor lugar no quarto para o berço ou a cama.

Devemos ilustrar a importância disto admitindo sempre que a criança gira a cabeça para a direita com consequência para o tronco e os membros conforme está descrito mais acima.

Observe primeiro para a posição incorreta da criança no berço ou na cama como está na figura 43. Vê-se que a parede vazia está à esquerda da criança, toda a estimulação assim, vem da direita e não há qualquer incentivo para ela olhar para a esquerda. Ela será apanhada, fala-se com ela e seus brinquedos lhe são trazidos, pela direita. A posição da janela, a luz, e as pessoas que se movem no quarto reforçariam seu desejo de virar para a direita e aumentam sua tendência para fazer assim. A porta na nossa ilustração está atrás da criança e a fará olhar para trás quando for aberta, um movimento que freqüentemente é combinado com a rotação da cabeça para o lado, na criança com paralisia cerebral.

Observe agora a *posição correta* de um berço ou de uma cama para esta criança; veja as figuras 44 (a) e (b). Toda a estimulação vem agora