

exto e Atlas do Desenvolvimento Normal e seus Desvios no Lactente – Diagnóstico e Tratamento Precoce do Nascimento até o 18º Mês tem por objetivo o diagnóstico precoce, e o tratamento igualmente precoce, da parêsa cerebral infantil em suas variadas expressões clínicas. E trabalho que traz conhecimentos fundamentais de neuropediatria, neuropsicologia, e, por extensão, da chamada neurologia do desenvolvimento.

O livro é muito ilustrado – apresenta 217 fotografias com a evolução normal da motricidade – desde o recém-nascido até o lactente no 18º mês. Daí, no seu título, a palavra "Atlas".

Engloba 33 capítulos e um apêndice:

- 1 Introdução
- 2 Breve retrospecto histórico
- 3 Evolução normal da motricidade e suas variações
- 4 Reflexos e reações
- 5 Interpretação conjunta dos reflexos e reações
- 6 Funções motoras determináveis no exame do lactente
- 7 Dados concernentes à evolução normal, considerando o grupo etário correspondente (Escala evolutiva de Denver)
- 8 Importância do desenvolvimento estático-motor para a evolução geral do lactente e da criança pequena
- 9 Critérios para o reconhecimento precoce de variações da evolução motora durante a época da lactância
- 10 Investigações de outros autores sobre o reconhecimento precoce de variações
- 11 As relações entre a forma e a função da articulação do quadril e sua importância na evolução estacionotora
- 12 Da articulação do quadril e o efeito organizatório de forças estacionotóricas
- 13 O papel da articulação do quadril na marcha e na posição em pé do ponto de vista biomecânico
- 14 Causas do transtorno cerebral motor
- 15 Técnica do exame
- 16 Sequência de posições utilizadas no exame neurológico motoscópico do lactente
- 17 Classificação das lesões motoras por acometimento cerebral
- 18 Tratamento do transtorno motor cerebral e de outras anormalidades
- 19 Os princípios do tratamento neurológico evolutivo (Bobath)
- 20 Recursos adicionais para o tratamento motor
- 21 Evolução normal e anômala – Primeiro mês – normal
- 22 Segundo mês – normal – Motricidade grosseira
- 23 Terceiro mês – normal – Motricidade grosseira
- 24 Quarto mês – normal – Motricidade grosseira
- 25 Quinto mês – normal – Motricidade grosseira
- 26 Sexto mês – normal – Motricidade grosseira
- 27 Sétimo mês – normal – Motricidade grosseira
- 28 Oitavo mês – normal – Motricidade grosseira
- 29 Nono mês – normal – Motricidade grosseira
- 30 Décimo mês – normal – Motricidade grosseira
- 31 Décimo segundo mês – normal – Motricidade grosseira
- 32 Décimo quinto mês – normal – Motricidade grosseira
- 33 Décimo oitavo mês – normal – Motricidade grosseira

Apêndice

Estandarização das escalas evolutivas de Denver (DES)

Pela clareza de seu texto e a precisão informativa de suas fotos, **Texto e Atlas do Desenvolvimento Normal e seus Desvios no Lactente – Diagnóstico e Tratamento Precoce do Nascimento até o 18º Mês**, está destinado a apresentar grande aceitação entre os seus leitores: Médicos Pediatras, Ps Neuropediatras, Psicólogos e pessoal de Reabilitação, principalmente Fisioterapeutas.

ISBN 85-7379-221-3

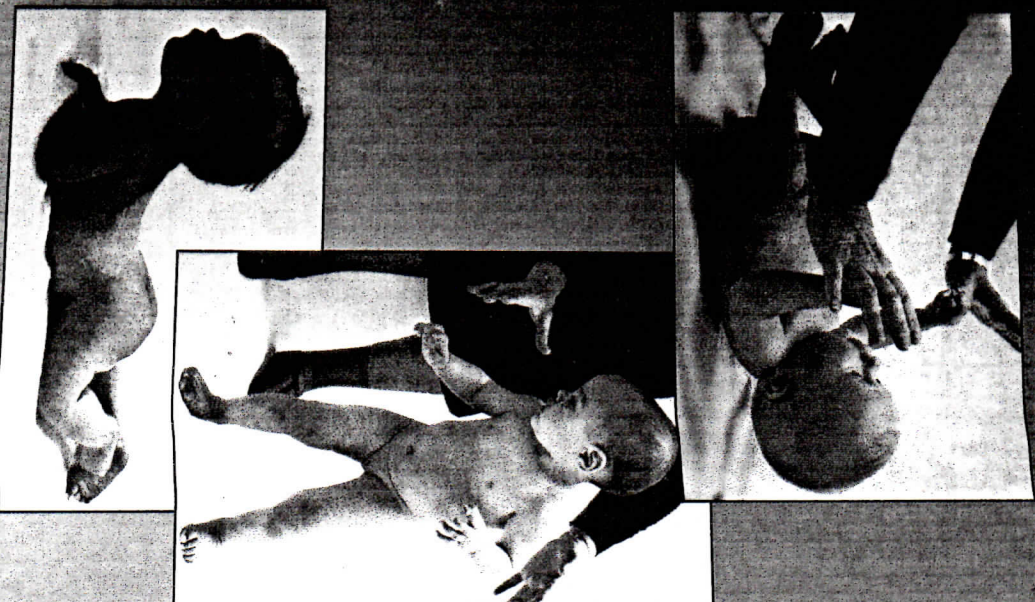


9 788573 792218

Texto e Atlas do Desenvolvimento Normal e seus Desvios no Lactente

Diagnóstico

Inge Flehmig



Daniela Baluani R. Silva (2013)

Atheneu

O *terapeuta precoce* constituirá objetivo profissional novo. Construindo com base em estudos específicos, deverá ele aprender as técnicas de tratamento também de outros terapeutas; se possível, em estabelecimento de ensino conjunto. Este terapeuta poderá ser estimulado pelas outras áreas: ou de modo direto com a criança, ou pela deliberação conjunta, visto que sem ele quase não se conseguirá tratar de forma adequada e proveitosa crianças cujo retardo se reconheça precocemente.

Trata-se de problema médico-psicológico-pedagógico, que exige a fantasia e o engajamento de todos os grupos profissionais interessados, sem dar a prioridade a qualquer deles. Nestes *circulos funcionais* todos se equiparam entre si e só neste plano de idéias é que surge o conceito de *trabalho em equipe*, que se processa irreduzivelmente. Também se deve atrair para este círculo os pais e o restante ambiente da criança, bem como os assistentes sociais e todos aqueles com os quais se consiga a terapia ideal.

Neste círculo funcional o *terapeuta precoce* de formação complexa é que representa a figura central; que tem, no caso de necessidade, contato com todas as outras; que coordena em sua personalidade as possibilidades destas em relação à criança de várias formas retardada, diante da qual se mostra particularmente atuante.

21

Evolução normal e anômala Primeiro mês - normal

Posição dorsal: No estado de vigília (*stare 4*), predomina, no lactente jovem, a postura flexora. A cabeça está quase sempre colocada de lado, o corpo segue a rotação em bloco. Os braços formam ângulos com o corpo, as mãos estão em parte abertas, em parte fechadas em pronação; o polegar está aduzido, às vezes encolhido; frouxo, contudo.

Os ombros estão — na medida em que não predomine a flexão — um pouco retraiídos, aderindo ao suporte. O tórax acha-se na linha média e muda de postura, conforme a posição da cabeça, por influência do reflexo tônico-nucal assimétrico. Quando a cabeça se move, pode ocorrer uma reação de Moro.

As pernas estão afastadas do quadril em rotação externa; às vezes, só uma delas, ao passo que a outra se coloca do lado, podendo estar rotada para dentro. Estão ou abduzidas ambas, ou assimétricas, uma abduzida, a outra aduzida. Os joelhos estão fletidos; os pés dorsofletidos. Ocorrem ainda, freqüentemente, movimentos maciços indiferenciados, com predominância do padrão flexor, pela reação de Moro (Fig. 39).



Fig. 39

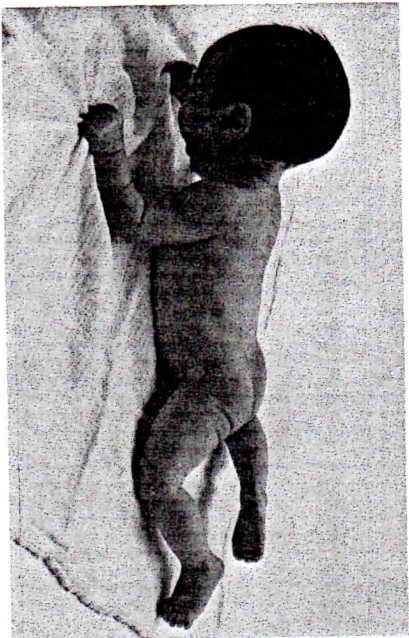


Fig. 40

Posição ventral. Também nesta posição predomina a postura flexora. Os joelhos colocam-se embaixo ou quase ao lado do tronco; em extensão quase se *liberant* do quadril.

A cabeça está quase sempre colocada para um lado e pode ser erguida por alguns segundos, a fim de por-se para o outro lado. Também sem pegar na criança, vêem-se movimentos rastejantes, que ocorrem com alternância. O tronco move-se, então, de acordo com a posição da cabeça. Os ombros estão fletidos, ou um tanto retraiídos. Os braços ficam embaixo ou ao lado do tórax. As pernas estão rodadas para fora do quadril, a nádega está ligeiramente erguida. Os joelhos estão fletidos; os pés, dorso fletidos (Fig. 41).

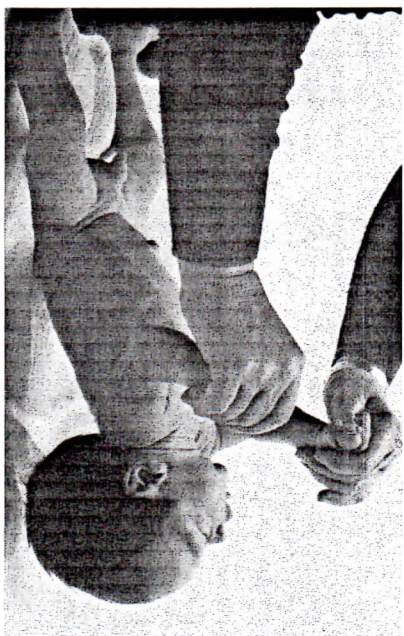
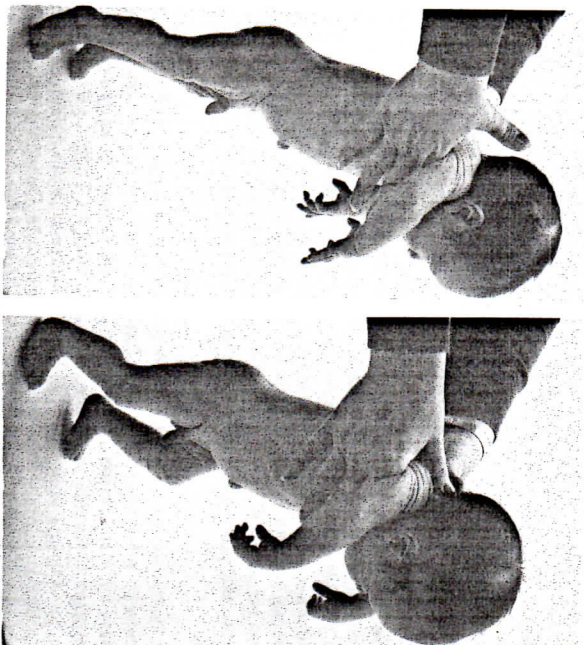


Fig. 41



Fig. 42

Levantar a criança da posição dorsal. Se se pegarem as mãos da criança e puxar esta para cima e para diante, os braços ficam em flexão, a cabeça pende para trás. Atingida a vertical em posição sentada amparada, a cabeça cai para diante e oscila de um lado para outro (Figs. 41 e 42).



Figs. 43 e 44

Levantar segurando pelas axilas. A criança apóia-se mantendo-se erguida por alguns segundos sem fixação adequada e, depois, cai (Figs. 43, 44), fletindo os joelhos (reação fisiológica).

Tonus postural ou muscular

À simples observação, sem tocar na criança, predomina o tônus flexor, que também não é fácil de superar no movimento passivo. Resistência mais clara contra a extensão. As extremidades voltam, quando se larga, à posição inicial.

Reações posturais

Apenas escassa capacidade de colocar a cabeça no espaço. A criança ainda não se adapta a qualquer alteração da posição no espaço. Sua atitude é determinada, predominantemente, pela gravidade.

Reações de equilíbrio

Ainda não existe equilíbrio ao exame na horizontal e na vertical.

Simetria

A criança coloca-se e move-se quase simetricamente. A cabeça vira-se escassamente para um *lado preferido*. Ao assumir esta posição pode-se observar a influência da posição intra-uterina e da posição do parto.

Padrões tónicos posturais, reflexos e reações dos primeiros tempos de lactância

De vez em quando, vêem-se, nesta idade, influências de padrões tónicos ao mover-se. Ao exame passivo, quando a cabeça se vira para um lado, as extremidades do lado da face às vezes se estendem; as extremidades do lado do occipício fletem-se. Isso se vê, uma vez ou outra, com mais intensidade nas pernas do que nos braços.

Todos os reflexos e reações já descritos são fáceis de se produzirem nesta idade, equilateralmente, se se mantiverem constantes as condições de exame.

Motricidade fina e adaptação

Objetos que se movem na linha visual (não perto demais, distância de uns 40-50 cm) são percebidos e já fixados, embora só por pouco tempo. Os olhos acompanham junto com a cabeça à estimulação por um objetivo, ou pelo rosto da mãe, até a linha média, porém não a ultrapassando.

A criança reage a efeitos luminosos ou acústicos extremos com enrugamento da testa, choro, reação de Moro, diminuindo a atividade, ou ficando inteiramente quieta.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança pode involuntariamente produzir poucos sons laringeos: bufos à noite; Chora antes da refeição, mas se acalma logo que é alimentada. Se uma sineta toca, fica quieta e atenta.

Contato social: A criança mostra, no primeiro mês, um rasto quase inóvel (amímico), no qual de quando em quando um sorriso sem motivo aparente aparece. Há ocasiões em que contempla a mãe ou o examinador. Assusta-se com facilidade aos ruídos. A atividade motora e os movimentos maciços diminuem quando se distrai a criança. O lactente aquietar-se quando pegam nele, quando o acariciam, quando ouve uma voz amiga, quando lhe aquecem o corpo, ou o deixam tranquilo, abrindo e fechando a boca.

Audição e localização de ruídos

Ouvindo ruídos, a criança interrompe os seus movimentos. Não se vira ainda para a fonte acústica. Às vezes, começa a chorar quando o ruído cessa.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

O lactente pode produzir involuntariamente poucos ruídos laringeos.

Chora alto, com força, se está cansado ou com fome. Respiração regular, sucção e deglutição bem coordenados.

Visão e movimentos oculares

O lactente percebe objetos que se movem, se se mantiver uma distância de 40-50 cm, e fixa-os também a curto prazo. Movimentos oculares ainda não são bem coordenados; algumas vezes apresenta estrabismo.

Comportamento emocional

Se as condições de exame são observadas, a criança deve permanecer, de modo geral, tranquila, vigil, atenta. Os olhos estão abertos, de vez em quando produz-se um sorriso. Nesta idade, desempenham papel importante os temores dos pais ao exame, no tocante ao comportamento da criança. Se ela chora, temos de nos colocar no lugar dos pais, que muitas vezes ficam inquietos em presença do médico, e aconselhá-los nesta eventualidade. A criança quase sempre acalma-se com a voz e com a manifestação amorosa da mãe.

Anormalidade

Motricidade grosseira

Posição dorsal: A postura flexora normal da criança ou é nitidamente visível, ou ela já mostra, nesta idade, uma extensão marcada. Estes padrões podem ser totais, ou podem, no entanto, mostrar predileções: por exemplo, demasiado fortes nos ombros, ou nas pernas e nos quadris. Quando a flexão é forte, todo movimento noutro plano produz-se em bloco; a rotação é muito dificultada. Observem-se os ombros, que podem estar retraiados em excesso. Os braços podem assumir posturas extremas e mostrar padrões assimétricos. Podem existir rotação interna ou externa na área escapular, uma e outra exageradamente acentuadas. Os braços estão, com frequência, em pronação. De maneira geral, os padrões motores mostram-se imodificáveis.

As mãos estão cerradas em punho. O polegar está quase sempre encolhido, aduzido na articulação metacarpo-falangeana. Extensão forte do tronco com postura assimétrica deve ser considerada como variação. Nestes casos, as pernas estão ro-dadas internamente e aduzidas, permanecendo nesta posição. Todos os movimentos são limitados, às vezes, até impossíveis. A criança mostra-se muito quieta. Se estiver extremamente flácida, estira-se totalmente sobre o suporte. Quando quer mover-se, isso se dá com muita dificuldade, os movimentos são irruptivos, inquietos. As pernas mostram-se na posição de rã. A superextensão em rotação externa acentuada deve valorizar-se mais como tentativa de mover-se sem que, no entanto, se possa estimar com exatidão a medida. O movimento é hipernétrico mostrando, então, extensão excessiva (Fig. 45).

Posição ventral: Na posição ventral, a postura flexora pode ocorrer tão fortemente que se faz impossível levantar a cabeça; ao mesmo tempo, também já não será possível o desenvolvimento da extensão, que normalmente parte da cabeça. Prosseguindo a evolução, também não se produz o apoio sobre os antebraços,



Fig. 45

porque a gravidade não pode ser superada. A cabeça não pode ser trazida livremente para o lado, as vias respiratórias perdem, por isto, a eficiência funcional, a criança só consegue respirar com dificuldade. Daí não aprender a colocar a cabeça e o corpo no espaço, capacidade que já nesta idade é necessária ao desenvolvimento futuro.

Pelo padrão total, não são possíveis movimentos alternantes que possamos valorizar como "pré-programa" da locomoção alternante. A imobilidade dos membros inferiores, hiper ou hipotônica, faz com que a criança não possa reconhecê-los como parte do seu corpo, nem os possa adequadamente utilizar (Fig. 46).

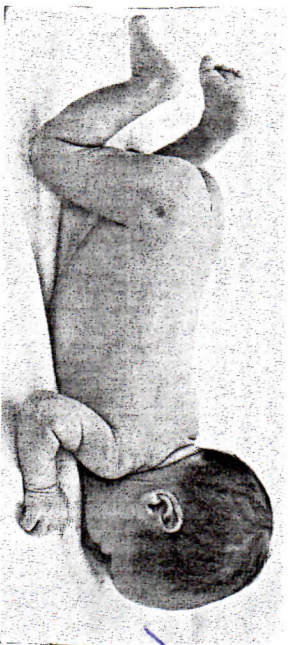


Fig. 46

→ não consegue
nem mesmo
virar a cabeça,
do apoio

Levantar da posição dorsal: Não é em absoluto fácil alcançar as superfícies inferiores das mãos infantis, porque ou estas estão tão fechadas que não se consegue colocar um dedo por entre elas, ou os dedos do examinador escapam à mão pelo fato de a criança não os segurar.

O reflexo de preensão tem de ser superado, o que é difícil quando há reação demasiado forte. Quando se levanta a criança no alto, ou os braços estão tão fortemente fletidos que ela, mesmo sem sua colaboração, é levantada totalmente, ou o braço estende-se por completo, porque o hipotônus não permite flexão alguma.

Embora o lactente, nesta idade, ainda não deva ter controle algum da cabeça, chama a atenção quando há variações, o fato de também faltar o pouco tônus que normalmente existe, de modo que a cabeça se mostra flácida em todas as direções (Fig. 47). Há vezes em que a cabeça está *emparedada*, por assim dizer, entre os ombros; a área escapular mostra bloqueio.

Levantar segurando pelas axilas: As pernas estão esticadas muito ou muito pouco em relação ao suporte (Fig. 48).

Reflexos e reações: Todos os reflexos e reações ocorrem com demasiada nitidez, ou não ocorrem em absoluto, mesmo que se observem as condições ideais de exame.

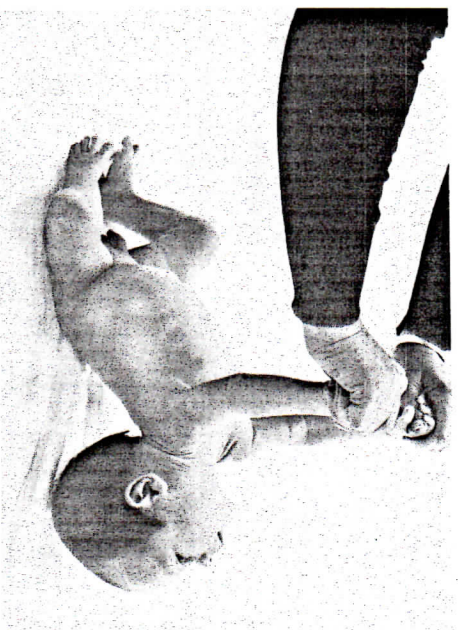


Fig. 47



Fig. 48

São assimétricas as reações (atenção para as assimetrias fisiológicas). A criança reage ou com apatia ou com superexcitabilidade à tentativa de produzir reflexos.

Motricidade fina e adaptação

Quando há variações do normal, pode-se observar que a criança não percebe objetos adequadamente. Tem-se a impressão, por vezes, de que ela é cega ou surda, porque os estímulos não são elaborados centralmente.

As reações da criança a estímulos luminosos ou acústicos são ou exageradamente fortes, ou inadequadamente escassos.

Linguagem e contato social

Linguagem: Nota-se muitas vezes que o lactente é muito quieto ou muito agitado. Chora às vezes sem cessar ou não chora nunca, conseguindo assim inquietar o meio ambiente, exigindo dessa maneira maior atenção.

Contato social: Nesta idade é pobre o contato do lactente com o ambiente que o cerca, caso em que se deve dar especial atenção às influências da mãe, porque ela sente esta dificuldade de contato. Claro, a causa pode ser distúrbio visual ou auditivo. Também acontece a criança não reagir adequadamente à tentativa de acalmá-la, que se faz acariciando-a, segurando-a, aquecendo-a ou mimoseando-a.

Tônus muscular, ou postural

A qualidade do tônus muito claramente chama a atenção na atitude da criança e, bem assim, ao exame. Ela mostra o aumento da flexão, ou extensão excessiva. Além disto, pode mostrar-se flácida, movendo-se demais ou de menos. Na atitude é fácil observar assimetrias. O exame revela diferenças tônicas.

Reações posturais

Se bem que, nesta idade, ainda falem as reações posturais, a criança mostra, quando há variação, situações extremas. Mesmo a escassez racional na superação da gravidade, manifesta-se no lactente de modo insuficiente ou nem sequer se apresenta no lactente anormal.

Reações de equilíbrio

Desde que a criança, nesta idade, não tem ainda, normalmente, equilíbrio, não é possível avaliar variações.

Simetria

O que mais chama a atenção, no que diz respeito ao reconhecimento de uma variação da evolução motora, na idade de um mês, parece ser, ao lado de outros fatores, a assimetria. Assimetrias fortes são reconhecidas como hemi-síndrome e precisam sempre de atenção adequada. A causa respectiva deve ser investigada de forma intensiva, porque se trata, às vezes, de sinal clínico de doença básica. Atenção-se, contudo, para o fato de que anomalias posturais intra-úterinas ou durante o parto podem causar assimetrias.

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações dos primeiros tempos de lactência

Quando há variações, já não se trata de influências de padrões tônicos posturais, mas de reações persistentes, que são sempre produzidas de forma constante e muito intensa; muitas vezes, também de forma assimétrica.

Observe-se, quando se produzem reflexos e reações, assimétricos, qual é a intensidade respectiva, se são fortes ou fracos demais. Quando há apatia ou síndrome de hiperexcitabilidade, estes reflexos e reações são sempre notáveis, tanto nas hipotonia, como no caso de hemi-síndrome (Fig. 49).

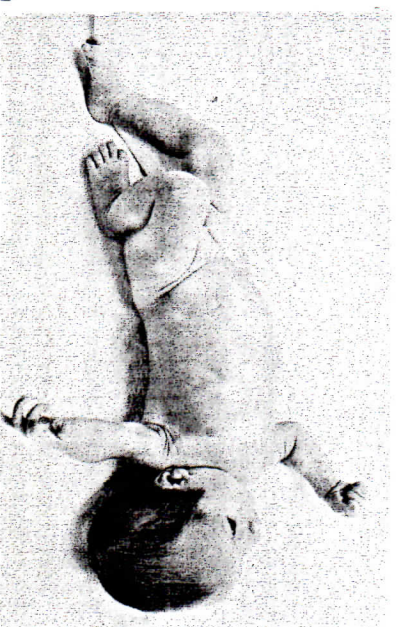


Fig. 49

Comportamento emocional

Observando-se condições de exame constantes, encontram-se variações no comportamento. As crianças são extremamente inquietas, ou quietas. O riso é um sinal favorável a ser sempre considerado.

Há casos em que não se deve aquietar, nem excitar a criança.

Audição e localização dos ruídos

Tanto os transtornos auditivos quanto os distúrbios centrais da elaboração podem não causar reatividade na criança.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

Deve-se prestar atenção ao fato de a criança emitir sons ou não. Um distúrbio espástico da coordenação pode ser causa da ausência de sonorização. A emissão de sons também pode faltar, às vezes, na criança flácida. O choro é estridente ou manso-comprimido. A respiração irregular, a coordenação defeituosa à sucção ou à deglutição são indicativos de retardo severo.

Visão e movimentos oculares

É possível ocorrer visão deficiente tanto pelo transtorno da função visual quanto por influência de um fator central, de modo que devem ser observadas com cuidado a visão e fixação em todas as posições. A coordenação ocular, que nesta idade ainda não funciona plenamente, está, muitas vezes, severamente perturbada em crianças com anomalias (estrabismo ou tuante).

22

Segundo mês - normal Motricidade grosseira

Posição dorsal: A criança apresenta ainda predomínio de flexão. Mas realiza também extensão melhor. Espereiteia alternadamente, ou só raras vezes simultaneamente. Coloca a cabeça para o lado (quase sempre, para o lado prediletto); a cabeça pode, no entanto, ser colocada do outro lado. Os braços estão em ângulo junto ao corpo, as mãos com frequência estão abertas. Os braços são, às vezes, levantados, mas não chegam ainda à linha média.

O corpo está simétrico; vêem-se, por vezes, retrações daquele lado do tronco que se volta para o lado do rosto. As pernas estão rodadas externamente no quadril e, em certos casos, já bem abduzidas; podem ser colocadas para os dois lados, sendo um lado mantido em rotação interna mais acentuada do que o outro. Os movimentos maciços são menos numerosos, o reflexo de Moro ainda se produz, às vezes, quando a cabeça se move (Fig. 50).



Fig. 50

Posição ventral: Na idade de dois meses, ainda predomina o tônus flexor, a criança já pode, todavia, estender o segmento torácico. O quadril ainda está fletido. A cabeça levanta-se por curtos intervalos, ainda ligeiramente oscilando, mas não além de 45°.

Os ombros ainda estão um pouco retrairidos. Os braços colocam-se sobre os antebraços para apoio. As nádegas estão ligeiramente elevadas por força da flexão do quadril e da tendência fisiológica à flexão. As pernas estão em rotação externa com espertelos alternantes; os pés quase sempre estão dorsofletidos, podendo contudo apresentar flexão plantar (Fig. 51).

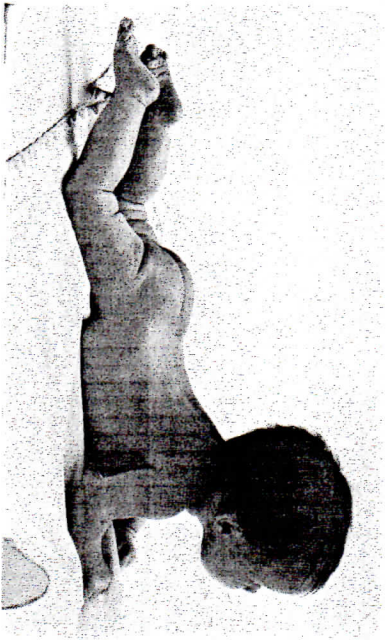


Fig. 51

Levantar da posição dorsal

Se se pegar nas mãos da criança e puxá-la devagar para cima e para diante, do-
bram-se levemente os braços, a cabeça já acompanhando bem. Na posição ereto-sen-
tada, ela ainda cai um pouco para diante e, oscilando, orienta-se para a posição ereta
mais estável. O tronco porta-se ainda instável, simetricamente. Uma escassa simetria
postural depende do tônus e do reflexo tônico-nucal assimétrico (fisiologicamente)
Pág. (Figs. 52 a 54).

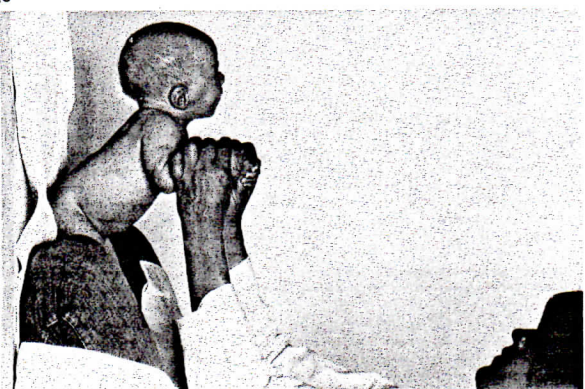


Fig. 52

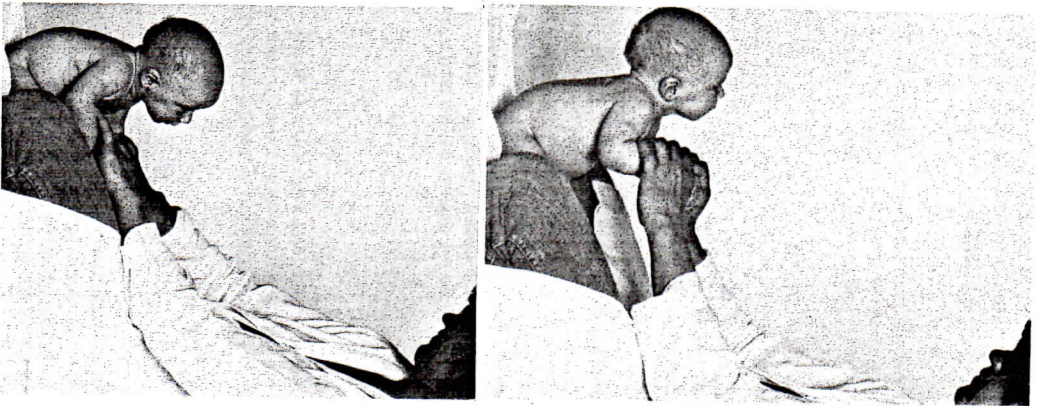


Fig. 53

Fig. 54

Levantar segurando pelas axilas

Embora apoiado ergue-se por alguns segundos de maneira mais estável, abandonando a posição mais suavemente, fletindo os joelhos (Fig. 55).

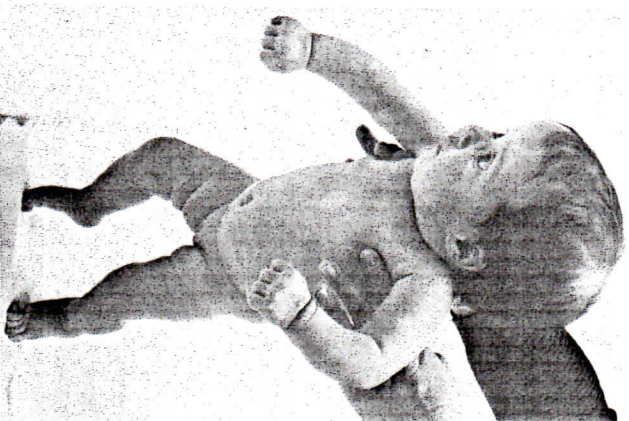


Fig. 55

Tônus postural ou muscular

O tônus flexor diminuiu, torna-se fácil de superar ao exame passivo. À extensão, já não existe grande resistência; a extremidade estendida oscila, contudo, quando largada, voltando à posição inicial.

Reações posturais

A cabeça coloca-se no espaço, em todas as posições, ainda oscilante, mas já em boas condições. Na posição ventral, a cabeça é elevada pelas reações posturais labirínticas. A influência da gravidade, contra a qual a criança tem de lutar, diminui cada vez mais o seu efeito; a criança já se adapta em pouco tempo à alteração da posição.

Reações de equilíbrio

A criança torna-se mais estável nas posições dorsal e ventral, as reações de equilíbrio melhoram.

Se perde o equilíbrio, tenta adaptar-se à nova situação, mas não o consegue ainda suficientemente.

Simetria

A criança pode colocar-se simetricamente e mover-se. É possível ver certa assimetria fisiológica por dominância cerebral, dependendo do tônus postural e dos padrões tônicos posturais (lado predileto).

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações dos primeiros tempos da lactência

Ainda se vêem, também nesta idade, influências de padrões tônicos posturais, como o reflexo tônico-nucal assimétrico, e reflexo tônico-labiríntico e o reflexo tônico-nucal simétrico; não impedem, porém, a coordenação motora. Os reflexos e reações têm menor intensidade, mas se produzem bem equilateralmente.

Motricidade fina e adaptação

Objetos que se movem (à distância de 30 a 40 cm) são percebidos e fixados na linha visual. Os olhos param até que o objeto saia do campo visual. Perseguem um estímulo, quase sempre com movimento da cabeça. O olhar alcança a linha média e ultrapassa-a a curto prazo.

A criança reage a estímulos luminosos extremos com enrugamento da testa, choro, reações de Moro; ou diminui a sua atividade, ficando, depois, inteiramente quieta.

Preensão

As mãos ainda estão, predominantemente, fechadas frouxamente em punho. É freqüente a mão inteira ou apenas o polegar está metido na boca. A mão abre-se quando tocada, por exemplo, com um chocalho; este é segurado, mas não é ainda largado (reflexo de preensão palmar).

Linguagem e contato social

Linguagem: O lactente forma vários sons (a, é, o, u). Ocasionalmente, estas vo-

gais ligam-se a um "h" aspirado (há, hé, aha). O riso pode transformar-se em arrulho. O lactente reage a sorrisos com movimentos da mímica facial. O choro diferencia-se e revela disposições de humor. Se soa uma campainha, a criança vira-se para ela, calma e atenta.

Contato social: A criança já toma contato com o ambiente, quando lhe falam. Sorri e observa com atenção fisionomias que não se lhe aproximam demais. As suas reações dependem do ambiente e reage a este; por exemplo, acalma-se quando pegam nela, ou quando ouve uma voz amiga.

Audição e localização de ruídos

Ouvindo ruídos, a criança inicia seus movimentos. É possível que se vire para a fonte dos ruídos. As vezes, começa a chorar quando o ruído cessa.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

O lactente já forma vários sons, como, "a, é, e, u". Vez por outra estas vogais ligam-se a um "h" aspirado, o riso pode transformar-se em arrulho, ou chido. A criança chora alto, quando está com fome, choraminga, quando está cansada. O choro mostra expressão diversa; é intenso ou suavemente queixoso, conforme a causa. A voz é forte, a respiração regular; a sucção e a deglutição são bem coordenadas.

Visão e movimentos oculares

O lactente percebe objetos que se movem diante dele à distância de 30-40 cm e fixa-os a curto prazo. Traz os olhos à linha média e ultrapassa-a também a curto prazo. Os movimentos oculares ainda não são plenamente coordenados; raras vezes ocorre estrabismo.

Comportamento emocional

Condições de exame: a criança deve estar calma e vigil, atenta de modo geral. Os olhos estão abertos; de quando em quando, ocorre um sorriso. Os temores dos pais representam papel importante no comportamento da criança. O aconselhamento que atue no sentido de acalmá-los também aquietará muitas vezes a criança.

Anormalidade

Motricidade grosseira

Posição dorsal: A atitude flexora ainda fisiológica, está reforçada, ou mostra-se numa extensão que não se ajusta à idade. Estes padrões são visíveis ao máximo quando são totais. É comum ocorrer predileção de um segmento; por exemplo, a área escapular ou o quadril, as pernas. Os movimentos que desfazem a flexão produzem-se em bloco. No caso da predileção de um padrão extensivo, não existe rotação, ou só existe muito má.

Não se observam espremeios alternantes. A cabeça mantém-se assimétrica, às vezes, predomina muita flexão para um lado; às vezes, com extensão adicional, isto é, opistótono.

Os ombros estão retraidos ao extremo, as mãos fechadas em punho. Os braços colocam-se em atitudes assimétricas extremas, ou fletidos demais, ou demasiado estendidos. Os braços e as mãos mostram pronação acentuada. Os padrões motores não são modificáveis e são sempre totais. As mãos fechadas mostram polegares aduzidos, encolhidos.

Extensão forte do tronco com atitude assimétrica é que deve ser valorizada como anormalidade.

É frequente as pernas estarem afastadas do quadril, intra-rodadas e aduzidas; postura esta que é muitas vezes fixada, não podendo a criança sozinha superá-la.

Se a criança for extremamente flácida, colocar-se-á totalmente sobre o suporte. Se se mover, isso acontece de modo irregular, isto é, os movimentos produzem-se



Fig. 56

inquieteros, irruptivos. As pernas estão em posição de rã, fortemente extra-rotadas e abduzidas. A superextensão é de valorar-se mais como tentativa de mover-se, sem que se possa, no entanto, estimar o grau ou a medida com exatidão; o movimento produz-se em demasia e, por isto, mostra extensão demasiada (Fig. 56).

Posição ventral: Na posição ventral, a postura flexora pode ocorrer tão fortemente que é difícil (às vezes, até impossível) erguer a cabeça; daí também não ser mais possível o desenvolvimento da extensão, que é iniciado pelo elevar-se da cabeça.

O apoio sobre os antebraços é dificultado, se não impossível. A cabeça não é trazida com suficiente facilidade para o lado, ou mesmo não o é em absoluto, o que estreita as vias respiratórias. Dificulta-se a colocação da cabeça no espaço, como se dificultasse a do corpo para o desenvolvimento de um esquema corporal e da posição da criança no espaço.

Pelo padrão total, não são possíveis movimentos alternantes. (*pré-programa*) para a locomoção gradativa. A imobilidade das pernas, por hipo ou hipertonia, faz com que a criança não as reconheça como parte do seu corpo; o mesmo acontece com os pés (Figs. 57-58).

Fig. 57



Fig. 58



Levantar da posição dorsal: Por causa das mãos fechadas com extrema firmeza, ou por causa do tônus muito escasso, o examinador terá contato muito precário com as superfícies internas das mãos da criança, quando quiser estimulá-la ou ajudá-la a levantar-se. Muitas vezes, ainda se estabelece um reflexo de preensão forte demais. Quando se ergue a criança para cima e para diante, ou os braços estão tão fortemente flexionados que a criança é levantada totalmente sem colaboração própria, ou o braço se estende, flácido, completamente, porque a hipotonia impede a flexão.

Se bem que um lactente desta idade ainda não deva ter controle da cabeça, vê-se, no entanto, quando há variações, que também falta um pouco de tonização, de modo que a cabeça cai muito frouxamente em todas as direções (Fig. 59). Há vezes em que a cabeça também está *emparedada* entre os ombros; a área escapular mostra bloqueio.

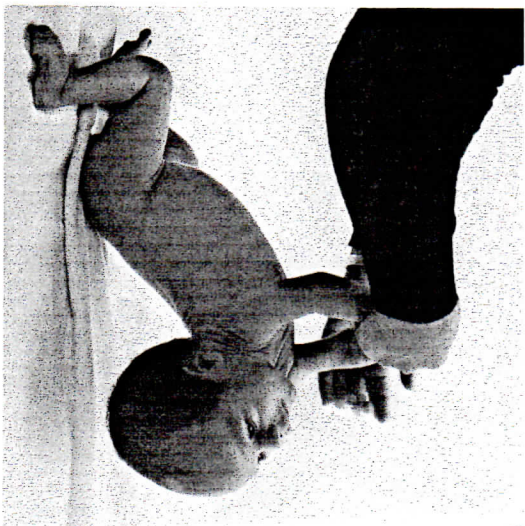


Fig. 59

Levantar segurando pelas axilas: As pernas estendem-se para o suporte ou in-
tensamente (reação positiva de apoio), ou fracamente (astasia) (Fig. 60).

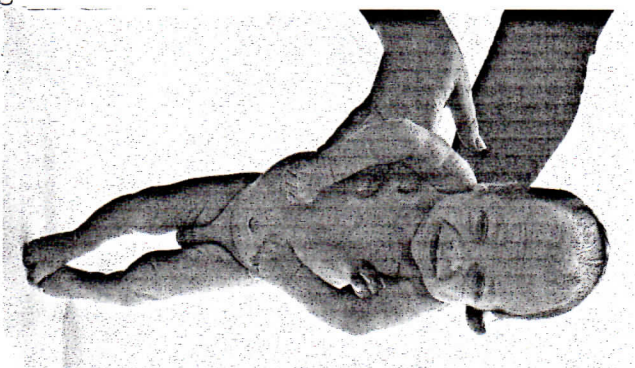


Fig. 60

Reflexos e reações: Todos os reflexos e reações ocorrem com intensidade aumentada, ou não ocorrem em absoluto, o que levará a considerar se não se trata de inibição fisiológica. Importante é que as condições de exame se configurem de modo ideal.

As reações ocorrem muito assimetricamente (não as assimetrias fisiológicas desta idade). A criança reage ou com apatia, ou com hiperexcitabilidade a tentativa de produzir reflexos.

Motricidade fina e adaptação

Quando há variações da normalidade, observa-se que a criança não percebe objetos com suficiente nitidez. Tem-se, às vezes, a impressão de que seja cega ou surda, porque os estímulos não são elaborados centualmente de modo adequado.

As reações da criança a efeitos luminosos ou acústicos são exageradamente fortes, ou escassas.

Por força da retração escapular, a criança não consegue juntar as mãos na linha média.

Linguagem e contato social

Linguagem: O lactente produz apenas poucos sons, ou não produz nenhum. Não ri e arrulha como deveria fazer na sua idade. Não sorri à estimulação (não aproximar-se demais dela, 30 a 40 cm de distância, pelo menos).

O lactente chora estridentemente, ou não chora, quer dizer, choraminga baixinho. Não há diferenciação no choro. Não se vira ao soar de uma campainha. Chora sem cessar, o que inquieta os que a cercam, dar resultando que a criança fica ainda mais ansiosa.

Contato social: Não há contato do lactente com o ambiente nem reação ao sorriso, quando lhe falam. Não presta atenção aos estímulos ambientais.

Tônico postural ou muscular

O tônus chama a atenção tanto na atitude da criança quanto na situação momentânea do exame. Mostra-se flexão ou extensão excessiva; às vezes, em cima ou embaixo diversamente marcada. A criança pode estar também flácida, movendo-se demais ou de menos. Quando se tentam estender os braços, isto só se consegue essencialmente, ou o braço retorna com demasiada rapidez à posição inicial. Assimetria da postura, que também se pode sentir ao exame como diferença de tônus.

Reações posturais

Nem a cabeça nem o corpo se colocam no espaço; às vezes, entretanto, esta colocação se insinua de maneira insuficiente.

A criança ainda está muito sujeita às influências da gravidade, de modo que lhe parece difícil a ereção. Não consegue, por isto, adaptar-se corretamente a alterações da posição no espaço.

Reações de equilíbrio

Ainda não há sinal de estabilização nas posições dorsal e ventral. O equilíbrio perdido não se restabelece.

Simetria

Não é possível assumir posição simétrica; constantemente assume-se a predileção por um lado; a criança não consegue modificar isto autonomamente (considera-se, neste particular, a assimetria fisiológica desta idade).

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações dos primeiros tempos da lactência

Ocorrem fortes padrões tônicos posturais, persistentemente influenciáveis, obstando a coordenação do movimento. Reflexo tônico-nucal assimétrico forte (às vezes, assimetricamente); reflexo tônico-labiríntico e reflexo tônico-nucal simétricos. Os reflexos e reações não se produzem ou se produzem com energia excessiva, sem simetria (Fig. 61).



Fig. 61

Comportamento emocional

A criança chora com frequência e estridentemente ao exame. É muito ansiosa, difícil de acalmar. Não sorri quando lhe falam.

Mesmo que os pais a tranquilizem, a criança é em geral inquieta.

Audição e localização de ruídos

Há vezes em que se tem a impressão de que a criança não ouve, nem consegue localizar ruídos. Algumas vezes o faz unilateralmente. Tal fato pode ser consequência de defeito central.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

Nenhuma formação sonora, ou muito insuficiente; pouco arrulho ou chiado. O choro não mostra boa diferenciação. A voz é, às vezes, lamuriosa, choramingante ou estridente.

Respiração irregular, ausência de boa coordenação à sucção e à deglutição. Boca muitas vezes aberta, com baba evidente. Língua muito rígida, devido à hipertonia. Lábio inferior pendente, hipotônico.

Visão e movimentos oculares

Não há percepção de objetos ou pessoas, podendo tratar-se de deficiência central além de cegueira.

Ao exame, os movimentos oculares não ultrapassam a linha média.

Estrabismo forte, que persiste.

Preensão

As mãos estão constantemente fechadas em punho e só se abrem indolentemente, sem boa extensão dos dedos. Não chupam os dedos, nem a mão inteira. Um chocalho que a mão toque não é segurado, ou a mão sequer o pega, só com muita força se consegue libertar (reflexo de preensão forte demais).

Terceiro mês - normal Motricidade grosseira

Posição dorsal: O lactente pode estar simetricamente de costas e virar-se para os dois lados, já não mais em bloco, mas com certa rotação. A cabeça pode ser mantida na linha média, mas se coloca, frequentemente e de preferência, para um lado, enquanto o tronco se mostra virado para o lado do rosto, retraído de modo que se pode assumir atitude assimétrica, possível de superar. Trata-se de influências do reflexo tônico-nucal assimétrico (Fig. 62). As mãos podem ser trazidas à linha média e observadas. Os dedos estão abertos, fechando-se quando os braços se colocam em ângulo com o ombro, junto ao corpo, com retração escapular.

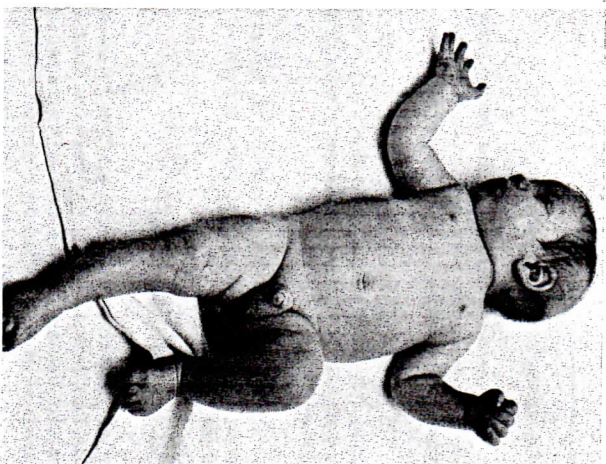


Fig. 62

A criança brinca com as mãos e pode segurar um chocalho que lhe ponham na mão. Tenta tirá-lo à boca. Não o larga ainda, ele é largado apenas quando as mãos se abrem; por exemplo, a uma reação de Moro.

As pernas estão afastadas do quadril, rotação externa e a abdução com flexão. É possível haver esperneios alternantes. Os joelhos estendem-se; às vezes, os pés movem-se bem na articulação tíbio-társica.

Os movimentos maciços tornaram-se escassos, todos os movimentos já se produzem com alguma coordenação. A criança já fica de vez em quando estendida, mas a posição modifica-se a todo momento.

Havendo movimentos ativos na cabeça, pode ainda, vez por outra, ocorrer reação de Moro, com abdução e rotação externa dos braços; as mãos abrem-se, enquanto isso.

Posição ventral: A criança coloca-se simetricamente; e de uma atitude assimetricamente assumida pode passar, de forma espontânea, para uma posição simétrica. A cabeça ergue-se até 45°. O apoio sobre os antebraços ainda não é estável. A cabeça pode colocar-se e mover-se de um lado para o outro, a criança oscilando para cá e para lá. As mãos, embora cerradas, podem abrir-se, o que parece ocorrer, no entanto, quase sempre involuntariamente. Extensão incipiente na nuca e na área torácica.

O quadril já se estende melhor, mas ainda se mostra frequentemente fletido; as nádegas, por isto, levantam-se. A criança esperneia alternadamente no eixo do tronco. As pernas estão em rotação externa e abdução; os pés, dorsofletidos ou estendidos, móveis na articulação tíbio-társica. Os joelhos estão fletidos (Fig. 63).



Fig. 63

Levantar da posição dorsal: A criança já colabora quando se quer levantá-la da posição dorsal, sem controle da cabeça ainda inteiramente estável. A cabeça já acompanha bastante bem, mas ainda oscila para cá e para lá; mas já não cai descontrolada na posição ereta para trás, ou para o lado; mantém-se em posição média ao tronco. As pernas já vão para diante, mas ainda fletidas no joelho.

Na posição ereta, o tronco é mais estável, mas o dorso ainda não se estende plenamente. Os braços, quando se ergue a criança, fletem-se no cotovelo; sente-se o puxão da criança. Não há ainda extensão para apoio. Se se segurar a criança firmemente pela cintura e incliná-la um pouco para o lado, a cabeça já se coloca de novo, no espaço perfeitamente horizontal, embora ainda devagar e nem sempre simétrica, conforme o lado preferido. (Figs. 64 a 66)



Fig. 64

A criança brinca com as mãos e pode segurar um chocalho que lhe ponham na mão. Tenta tirá-lo à boca. Não o larga ainda, ele é largado apenas quando as mãos se abrem; por exemplo, a uma reação de Moro.

As pernas estão afastadas do quadril, rotação externa e a abdução com flexão. É possível haver espermeios alternantes. Os joelhos estendem-se; às vezes, os pés movem-se bem na articulação tíbio-társica.

Os movimentos maciços tornaram-se escassos, todos os movimentos já se produzem com alguma coordenação. A criança já fica de vez em quando estendida, mas a posição modifica-se a todo momento.

Havendo movimentos ativos na cabeça, pode ainda, vez por outra, ocorrer reação de Moro, com abdução e rotação externa dos braços; as mãos abrem-se, enquanto isso.

Posição ventral: A criança coloca-se simetricamente; e de uma atitude assimetricamente assumida pode passar, de forma espontânea, para uma posição simétrica. A cabeça ergue-se até 45°. O apoio sobre os antebraços ainda não é estável. A cabeça pode colocar-se e mover-se de um lado para o outro, a criança oscilando para cá e para lá. As mãos, embora cerradas, podem abrir-se, o que parece ocorrer, no entanto, quase sempre involuntariamente. Extensão incipiente na nuca e na área torácica.

O quadril já se estende melhor, mas ainda se mostra frequentemente fletido; as nádegas, por isto, levantam-se. A criança espermeia alternadamente no eixo do tronco. As pernas estão em rotação externa e abdução; os pés, dorsofletidos ou estendidos, móveis na articulação tíbio-társica. Os joelhos estão fletidos (Fig. 63).

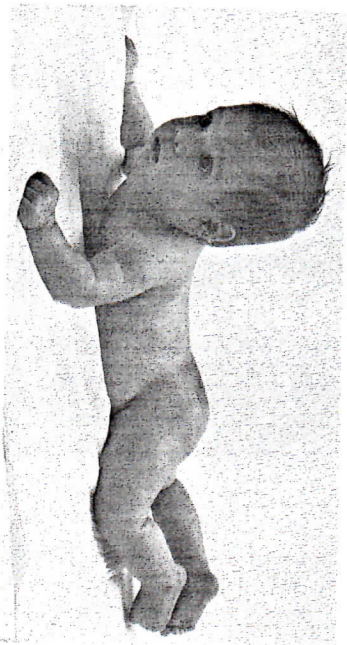


Fig. 63

Levantar da posição dorsal: A criança já colabora quando se quer levantá-la da posição dorsal, sem controle da cabeça ainda inteiramente estável. A cabeça já acompanha bastante bem, mas ainda oscila para cá e para lá; mas já não cai descontrolada na posição ereta para trás, ou para o lado; mantém-se em posição média ao tronco. As pernas já vão para diante, mas ainda fletidas no joelho.

Na posição ereta, o tronco é mais estável, mas o dorso ainda não se estende plenamente. Os braços, quando se ergue a criança, fletem-se no cotovelo; sente-se o puxão da criança. Não há ainda extensão para apoio. Se se segurar a criança firmemente pela cintura e incliná-la um pouco para o lado, a cabeça já se coloca de novo, no espaço perfeitamente horizontal, embora ainda devagar e nem sempre simétrica, conforme o lado preferido. (Figs. 64 a 66)

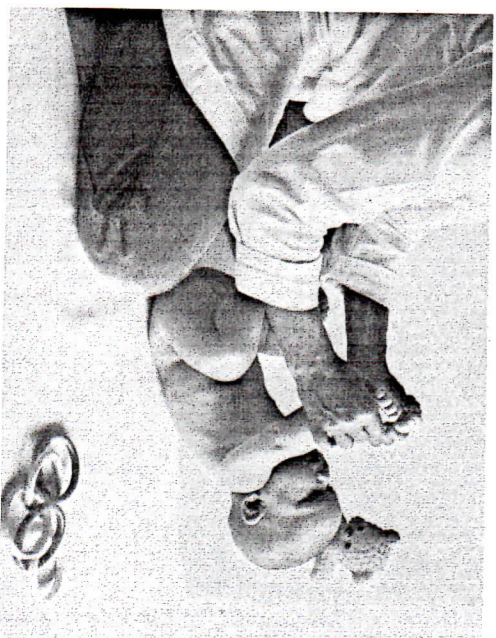


Fig. 64



Fig. 65



Fig. 66

140

Levantar segurando pelas axilas: A criança se apóia por tempo curto mas já se tornou mais estável na posição em pé. As pernas mostram contração, com joelhos retesados e quadril fletido, quando o tronco se estende; a cabeça já se controla melhor e coloca-se no espaço (Fig. 67).

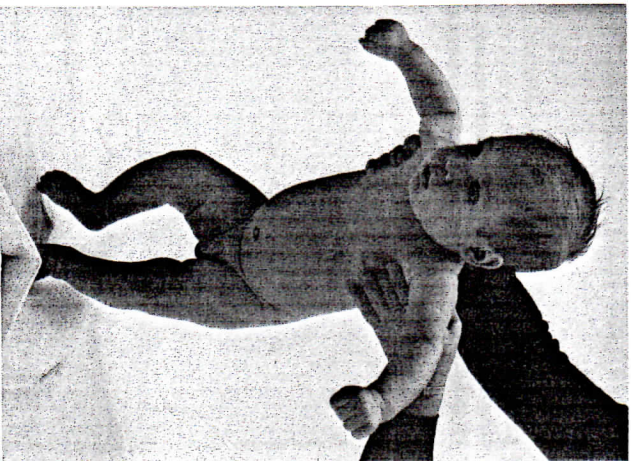


Fig. 67

141

Tônus postural ou muscular

O tônus flexor já não predomina, a criança já mostra padrão extensor. Ao exame passivo, encontra-se tônus normal, às vezes algo flácido, às vezes um pouco mais firme, mas com boa mobilidade, sem restrições. As extremidades passivamente estendidas já não oscilam de volta à posição inicial, mas permanecem na posição em que são lançadas.

Deve-se examinar a tensão nos ombros e nos quadris; bem como a flexibilidade do tronco para os dois lados nas posições dorsal e ventral. Exame da resistência contra a extensão.

Reações posturais

A cabeça já se coloca bastante bem em todas as posições (exame na posição ventral, partindo da posição dorsal, mudança para o lado e na posição pendurada). A criança, é certo, ainda não se adapta a longo prazo a uma mudança de posição no espaço, mas esta qualidade já melhorou decisivamente.

Reações de equilíbrio

A criança torna-se um pouco mais estável em todas as posições; primeiro, na posição dorsal, depois na ventral, mais tarde ainda na posição ereta.

Na perda do equilíbrio, já existe a tentativa de adaptação, certamente, mas o resultado ainda não é suficientemente bom. Não há ainda reações de apoio, mas há extensão dos braços para o suporte com mãos cerradas e flexão da articulação do cotovelo.

Simetria

Embora possa mostrar certa simetria em todas as posições, a criança mostra-se, de vez em quando, fisiologicamente assimétrica, mas pode desta atitude trocar para outra, não havendo restrição da coordenação motora. Sentada e segurada, vê-se, às vezes, ligeira escoliose superável, principalmente, na criança algo flácida.

É freqüente a criança ter um lado *predileto*, quase sempre para a direita.

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações dos primeiros tempos da lactência

Influências de padrões tônicos posturais também ainda se vêem com freqüência nesta idade, e vêem-se com nitidez, por exemplo, reflexo tônico-nucal assimétrico, reflexo tônico-labiríntico, reflexo tônico-nucal simétrico. Não Obstan, porém, a

coordenação dos movimentos. Reflexos e reações primárias não são produzíveis, ou muito raramente o são. Quase não há mais o reflexo de preensão palmar, mas a preensão plantar ainda é fácil de produzir.

A reação de Moro pode existir, mesmo que somente na primeira fase. Há vezes em que só se abrem as mãos. Ainda se produz reação de apoio *plucking-reaction*, mas não há reflexo de marcha. (Nos neonatos, mesmo considerando a idade gestacional, a produção de reflexos e reações ainda é possível sem significado patológico).

Motricidade fina e adaptação

Percebem-se objetos na linha média e mesmo além dela para ambos os lados, na linha visual, à distância de 30-40 cm. A criança acompanha o objeto a mais de 180°; já o observa por tempo mais prolongado se este a interessar (por ex.: interrompendo o seu movimento). Os olhos param no objeto. Os movimentos dos olhos e da cabeça já são, muitas vezes, simultâneos e coordenados.

Tocando as mãos, estas abrem-se e agarram um choocalho apresentado; este também é movido e largado intencionalmente.

A criança observa as suas mãos e ergue-se com braços fletidos acima da cabeça. O polegar ou um outro dedo é colocado na boca, ao invés da mão inteira.

Preensão

A criança pode agarrar um choocalho que lhe estendem, embora ainda muito descoordenadamente. Ainda há muita pronação, muita preensão palmar. O choocalho é agarrado e movido. A criança já observa e repete movimentos. O choocalho cai inintencionalmente. As mãos podem ser ajuntadas na linha média.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança ri quando lhe falam; vira a cabeça para quem fala e articula, chã espontaneamente. Mostra prazer com os próprios sons que emite. Emite sons atriantes, comprimindo o ar entre os lábios fechados. Os sons assemelham-se a um f, v ou s (mais ou menos o th inglês).

O choro é diferenciado e revela estados de humor. A criança volta-se para um ruído, mostrando-se, então, quieta e atenta.

Contato social

Contato social: Já fita o examinador com firmeza e mostra, quando lhe falam, um sorriso. Acompanha a pessoa com os olhos. Observa muito exatamente as fi-

sionomias que para ela se voltam. Depende das reações do ambiente: por exemplo, mãe ansiosa, agitação do ambiente, reagindo de modo correspondente. Se chora, acalma-se quando lhe falam, a seguram, acariciam e a aquecem.

Audição e localização dos ruídos

Ouvindo ruídos, a criança pára de mover-se e vira-se logo para a fonte geradora. Os ruídos devem ter, ao exame, qualidades diversas: por exemplo, a campainha, voz baixa, papel que farfalha, guincho, música etc. Se o ruído for muito alto, a criança chora, às vezes, quando cessa o barulho.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

O lactente forma, acessoriamente, sons que se assemelham a f, v, ou th inglês.

Faz ruídos atritantes, comprimindo o ar entre os lábios apertados. Ri, chia, alegra-se com os seus próprios ruídos, que repete. Chora alto, quando está com fome, cansada. A respiração é regular; as sucções e a deglutição são bem coordenadas. O choro mostra expressões diversas, conforme a causa (intenso ou suavemente lamurioso).

Visão e movimentos oculares

O lactente fixa objetos a 30-40 cm de distância e acompanha-os até mais de 180° com os olhos e com a cabeça virada. Os movimentos oculares são coordenados; só raramente é que ocorre estrabismo.

Comportamento emocional

Com o máximo de possibilidade, a criança deve estar no *stare 4*; às variações serão documentadas com clareza. A criança sorri para o examinador, se não está ansiosa, se não *estranha*. Já nesta idade podem ocorrer reações desta ordem. A criança, inquieta e ansiosa, acalma-se rapidamente, quando a seguram, acariciam, a aquecem, lhe falam. O exame pode, por isto, iniciar-se no colo da mãe.

Desenvolvimento

Do comportamento absolutamente instável passa-se para um comportamento estável, se bem que ainda insuficientemente. A flexão total conduziu a um padrão modificado, onde a flexão continua predominando.

A posição da cabeça do corpo melhora no espaço, sobretudo na posição ereta. A criança sente as possibilidades aprendidas como muito agradáveis e demonstra isso.

O desenvolvimento mental torna-se, então, possível, o que se percebe muito bem pelos olhos que ficam com vivacidade, embora a capacidade motora seja ainda insuficiente. A criança gostaria de investigar o ambiente muito mais do que lhe é notoriamente possível. Daí mobilizar as pessoas que a cercam. Por aí se forma um comportamento social em que os pais são preferidos; a criança quer que lhe falem e que a acolham.

Motricidade grosseira

Posição dorsal: É frequente a criança colocar-se assimetricamente, assim, graças ao uso excessivo deste padrão, pode, muitas vezes, virar-se para um lado ou não virar-se em absoluto para nenhum dos lados. A cabeça pode não se manter suficientemente bem na linha média. O reflexo tónico-nucal assimétrico e o reflexo tónico-labiríntico são padrões que atuam com frequência, daí se formarem padrões posturais que impedem qualquer coordenação motora. Retração escapular accentuada com mãos fechadas em punho, donde resulta a impossibilidade de juntar as mãos em cima do peito, impede por sua vez o desenvolvimento da coordenação motora-visual.

Não se levam objetos à boca, ou só se levam a custo. A reação de Moro, quando ocorre com muita intensidade, pode impedir toda função preensiva, porque tudo cai das mãos da criança.

As pernas estão em rotação interna, adução ou em posição de rã; às vezes, apenas em atitude primitiva, com joelhos fletidos, sem no entanto mostrar espertórios alternantes.

Atitudes extensora ou flexora nas articulações tibiótársicas, que se mostram quase imóveis. A posição raras vezes muda, porque uma criança com hipertonia ou hipotonia não luta contra a gravidade. Em caso de hipertonia pode ocorrer reforço de tónus flexor ou extensor (Fig. 68).



Fig. 68

Posição ventral: Também a posição ventral mostra atitudes defeituosas mais leves ou mais severas em padrões extremos. A atitude, muitas vezes, é assimétrica. A criança ou quase não se levanta, ou se levanta fortemente demais.

O apoio sobre os antebraços, que mesmo na criança sadia ainda não está bem estabilizado, não é, em absoluto, possível, em muitos casos, ou só o é de modo muito instável na criança com anomalia. Por causa da perda constante do equilíbrio, a cabeça quase não se move; há vezes em que também o bloqueio na área escapular é tão marcado que não é possível qualquer movimento.

As mãos estão cerradas, o polegar encolhido e a articulação metacarpo-falangeana aduzida. A atitude é de pronação. É comum o quadril ainda estar muito fletido; em crianças flácidas, ele se apresenta excessivamente estendido. As pernas estão em posição de rã. Não há espertório, ou só o há simultâneo com os dois pés, descoordenado. As pernas estão, com frequência, inteiramente imóveis e estendidas. Também há pouca mobilidade nas articulações tibiótársicas. Joelho em hiperextensão (Fig. 69).



Fig. 69

Levantar na posição dorsal: Quando erigida, a criança colabora, às vezes, muito pouco ou nada. A cabeça está na área escapular, por assim dizer, *emparedada*, ou pendê flácida para trás e cai em posição ereta, descontrolada, para diante.

Reações das pernas ausentes ou apenas fracas. Às vezes, os joelhos estendem-se tanto que a criança quase se levanta; dificulta-se a flexão do quadril. O tronco mostra-se instável na posição sentada ereto-apoiada. Os braços estendem-se completamente quando se levanta a criança, se o tônus básico é fraco; ou fletem-se demais.

Quando a criança se inclina para o lado, a cabeça cai para baixo e quase não se coloca horizontalmente (Fig. 70).

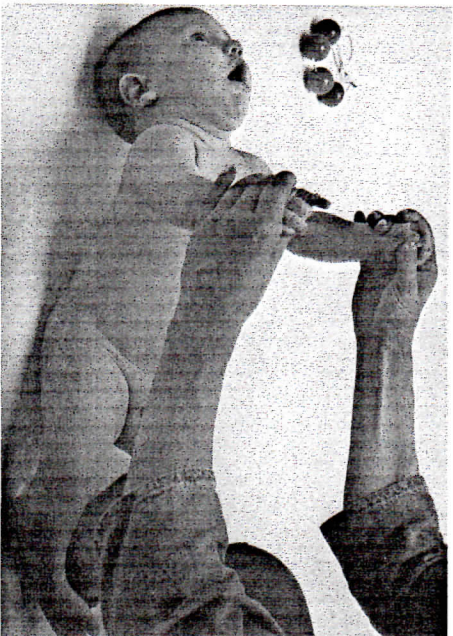


Fig. 70

Levantar segurando pelas axilas: A criança exerce algum apoio no suporte. Existe flexão demasiada, ou a criança tomba (astasia).

Ausência de co-contracção ligeira, presente reações de apoio positivas, não modificáveis.

Controle da cabeça muito mau ou restrito. Controle do tronco de moderado a mau. O examinador tem de despende mais forças porque a criança não colabora em absoluto ou só colabora escassamente (Fig. 71)

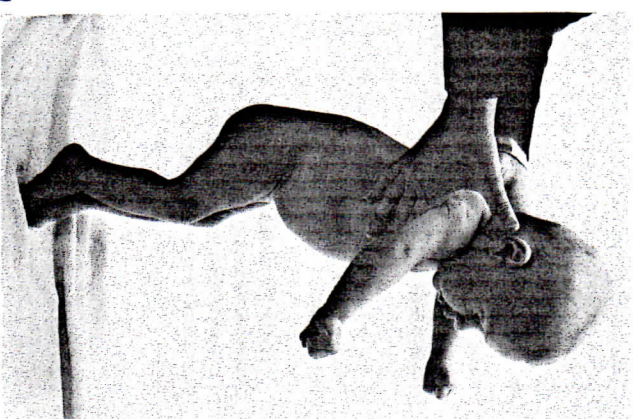


Fig. 71

Reflexões e reações: Podem produzir-se com muita intensidade e persistir. Presta-se atenção à assimetria (não menosprezar a assimetria fisiológica). Nos prematuros, estas reações podem produzir-se mais devagar e com mais intensidade, mesmo levando em conta a idade gestacional.

Todos os reflexos e reações que impedem a coordenação motora devem ser valorizadas como anormais.

Motricidade fina e adaptação

Má percepção de pessoas e objetos. Tem-se, porém, primeiro, de verificar até que ponto se trata de distúrbios da modalidade (distúrbios visuais e auditivos). Pode tratar-se também de distúrbio central.

Com os olhos um objeto não é acompanhado corretamente; a linha média ainda não pode ser ultrapassada, porque a motilidade da cabeça ou a capacidade de concentração são limitadas.

As mãos, quando tocadas, permanecem fechadas; isto é, ficam na posição que já assumiram sem se abrir.

Linguagem e contato social

Linguagem: Todas as manifestações sonoras são escassas ou não existem em absoluto. Não se ouve arrulho, nem chiamo. A criança é muda.

O choro pode ser indiferenciado, estridente ou suavemente lamuriante. Às vezes, a criança quase não chora; é muito mansa, daí ela não chamar atenção.

Contato social: A provocação, ausência de sorriso imediato; às vezes, não há reação alguma. O examinador não é contemplado e fixado; como não o é, às vezes, objeto algum. Todas as reações ao que é inabitual no ambiente assumem formas catastróficas devido às reações inadequadas da criança. A tranquilização é difícil ou impossível.

Tônus postural ou muscular

Encontram-se qualidades tônicas variantes, tanto ativamente na atitude quanto passivamente ao exame. O tônus flexor ou extensor pode predominar; o tônus pode alternar ou ser tão frouxo que a criança se mostra muito instável. As articulações mostram-se à palpação flácidas ou hipertônicas.

A coordenação motora é inequivocamente restrita. Ao exame da tensão no ombro e do quadril, mostram-se alterações do tônus, a flexibilidade do tronco está alterada. Chamam a atenção os achados quando se examina a resistência.

Reações posturais

A colocação da cabeça e do corpo no espaço é muito má. O exame faz-se na posição ventral ou dorsal, na mudança para o lado, na posição suspensa. A criança não se adapta a uma alteração da posição no espaço, na medida em que isso já seria possível, normalmente, nesta idade.

Reações de equilíbrio

Ausência de estabilidade na posição ereta. Não se vê adaptação quando se perde o equilíbrio.

Simetria

A criança pode estar simétrica, mas também pode exceder à medida fisiológica, de uma assimetria. Como as assimetrias chamam a atenção em qualquer retardo corporal, a este sinal se dará importância especial. O que há de mais frequente é uma atitude escoliótica com predileção de um lado devido à persistência do padrão tônico postural (reflexo tônico-nucal assimétrico).

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações

Padrões tônicos posturais podem, às vezes, persistir muito fortemente e impedir qualquer movimento coordenado. Há casos em que ainda durante muito tempo se vêem influências que não impedem a coordenação. Não têm, então, quase significação patológica.

Exatamente o terceiro mês de vida é uma transição que dificulta as decisões porque, então, é mais a experiência do examinador que importa. Ter-se-á sempre em vista, porém, a coordenação motora.

Também se podem ainda produzir: flexos e reações além do período evolutivo; como lhes pode ser a intensidade reforçada, ou a produção assimétrica. Nos neonatos, tem-se de levar em conta a idade gestacional. Mesmo prematuros sadios mostram reações desta ordem, às vezes, durante muito tempo ou com mais intensidade do que, costumeiramente, os neonatos sadios.

Comportamento emocional

Crianças inquietas, ansiosas não é possível colocá-las no *state* 4 (segundo Prechtl). Todas as reações emocionais são exageradas e inadequadas. As crianças não costumam aquietar-se quando alguém as segura, as acaricia, lhes fala, as aquece; muitas só ficam quietas perto da mãe, reagindo sempre inadequadamente a outras pessoas.

A relação mãe-filho desempenha nesta idade papel destacado, não escapando à observação do examinador, que deve valorizar de modo especial a situação. Pelo diálogo eliminar-se-ão problemas que causem dificuldades. O medo que os pais têm de que o filho fique retardado, a insegurança deles neste particular, transtornam muito a situação. Os efeitos revelam-se no comportamento emocional da criança.

Crianças muito difíceis devem ser examinadas no colo da mãe; é a melhor maneira.

Audição e localização de ruídos

Não se deve tardar o exame da audição, a fim de excluir, na avaliação, distúrbios da modalidade; há transtornos centrais da elaboração que significam outro prognóstico e exigem tratamento correspondente.

A criança pode chamar a atenção num exame de triagem: ou ouve apenas ruídos altos, ou não os localiza com exatidão, donde ficar consideravelmente irritada. Isso se vê no seu comportamento.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

A sonorização parece representar critério importante, porque uma criança com tónus básico aumentado ou diminuído tem dificuldade em articular sons; não basta a imitação dos próprios ruídos.

A maneira de chorar dá ao examinador boa informação sobre a coordenação do aparelho fonador. Aí, tem-se de observar a respiração, a maneira de sugar e de deglutir.

A inquirição da mãe é importante, visto que estas dificuldades certamente lhe hão de ter chamado a atenção, mas como não sabe o significado delas, pode pensar que a criança seja mentalmente retardada.

O choro serve de sinal que orienta o comportamento da mãe.

Visão e movimentos oculares

A incapacidade de fixar pode significar transtorno do aparelho visual; mas podem existir também transtornos centrais da elaboração. A limitação das capacidades motoras retardada a visão porque a musculatura dos olhos, da cabeça e da nuca não trabalha coordenadamente.

Far-se-á exame oftalmológico quando houver anormalidades. O que chamar a atenção do ponto de vista motor poderá ser, talvez, esclarecido pelo exame neurológico. A elaboração central, na maior parte dos casos, só mais tarde é que chama a atenção; há vezes em que reage muito bem à estimulação terapêutico-pedagógica.

Prensão

Nesta idade, já está preparada a prensão coordenada. Sem contar o fato de que a prensão abrange a percepção cinestésico-tátil, a mão tem muita importância como instrumento de prensão. A posição das mãos, dos dedos entre si, informa sobre retardos motores. Os objetos são apanhados com firmeza excessiva ou de modo

excessivamente frôuxo. É frequente a criança não poder fiar o objeto, de modo que este não é reconhecido pelo olho. O padrão patológico mostra dedos com aspecto mais ou menos marcado de garra, com polegar encolhido, aduzido na articulação metacarpo-falangeana, incapaz, portanto, de apreender. A mão em pronação; os polegares e os indicadores estão, muitas vezes, mais dobrados que os outros dedos.

As mãos não podem juntar-se na linha média; a coordenação "coordenação interocular" não se forma, ou se forma de modo insuficiente, o que dificulta a integração sensorial.

Desenvolvimento

Como na idade de três meses é pré-programada a qualidade das capacidades futuras, ocorrem, quando a evolução é anormal, as causas de muitos transtornos. A criança, que não se sente a si mesma como anormalmente reativa, desenvolve padrões comportamentais errados, que se adaptam à situação com os meios de que ela dispõe. Falha a estabilização, que, normalmente, já se forma lentamente. Daí surge a dificuldade de investigação do ambiente pela criança retardada. As consequências destas falhas desenvolvimentais podem ser extraordinariamente difíceis; muitas vezes, persistem a vida inteira.

Quarto mês - normal Motricidade grosseira

Posição dorsal: O lactente em decúbito dorsal apresenta posição simétrica, e é capaz de virar para os dois lados. A cabeça pode manter-se na posição média, mas é frequente colocar-se, preferencialmente, de um lado. Podem ainda atuar escassas influências do reflexo tónico-nucl assimétrico; a criança, no entanto, pode alterar esta posição constantemente. As mãos são trazidas à linha média e contempladas, coordenadamente com a atitude da cabeça e do corpo. As mãos estão abertas, o ombro, muitas vezes, se encontra retraído, sem que no entanto as mãos se fechem automaticamente. A criança brinca com as mãos e é capaz de segurar um objeto; este já é trazido à boca; pode ser largado, o que, todavia, ainda acontece casualmente, na maior parte dos casos (Fig. 72).



Fig. 72

Se um objeto é trazido à proximidade da criança ela podendo vê-lo, ocorrem, às vezes, movimentos maciços antes que a criança se estabilize, a fim de agarrar o objeto.

As pernas estão em rotação externa abduzidas, ocorrendo espereiteio alternante. Os joelhos ainda mostram muita flexão, mas também podem ser estendidos; os pés estão dorsofletores, com boa motilidade nas articulações tibiótarsais. Quando a cabeça se move, ocorre ainda, em alguns casos, uma reação de Moro, incompleta,

apenas com abertura das mãos, sem abdução dos braços. No todo, os movimentos produzem-se com um pouco mais de coordenação.

Posição ventral: A criança pode colocar-se simetricamente, a cabeça é erguida quase a 90°. A criança apóia-se sobre os antebraços, já com bastante estabilidade.

Embora ainda estejam, muitas vezes, fechadas, as mãos já podem abrir-se bem, posição esta na qual a criança ainda não adquiriu equilíbrio completo. A extensão do tronco e do quadril já progrediu. Começam movimentos de rastreamento. As pernas movem-se com ligeira rotação externa e abdução.

Se estão apoiadas, as pernas mostram rotação externa e abdução. Os pés podem estar tanto dorsofletidas quanto em flexão plantar; são móveis na articulação tibiotársica. De vez em quando, ocorrem movimentos nataçãois, não, porém, como padrão predominante. Já há boa capacidade de extensão (Fig. 73).

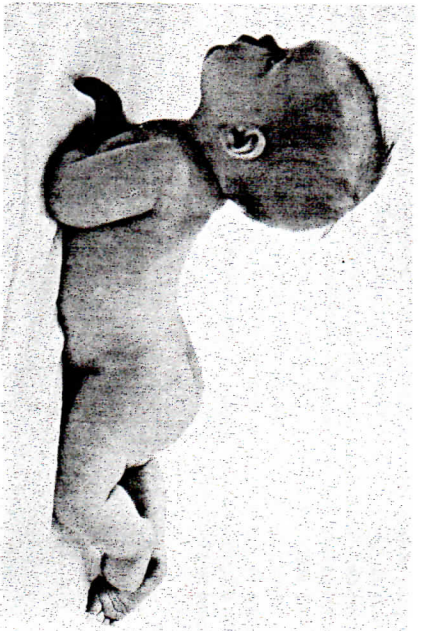


Fig. 73

Levantar da posição dorsal: Quando é levantada, a criança colabora com bom controle da cabeça, estendendo as pernas, os joelhos ainda um tanto fletidos. A cabeça mostra-se notável e mantém-se na linha média ao tronco.

Sentada a criança, o tronco ainda não é estável; dorso curvado. Se se segurar a criança no tronco, ficam os braços em retração escapular. Quando se ergue a criança pelas mãos, os braços ficam ligeiramente fletidos nas articulações dos cotovelos. Se se segurar firmemente a criança pela cintura, inclinando-a para o lado, ela coloca a cabeça no espaço, estende os braços, mas ainda não se apóia. Uma diminuta assimetria lateral pode ser fisiológica (lado predileto) (Figs. 74, 75, 76, 77).

Fig. 74

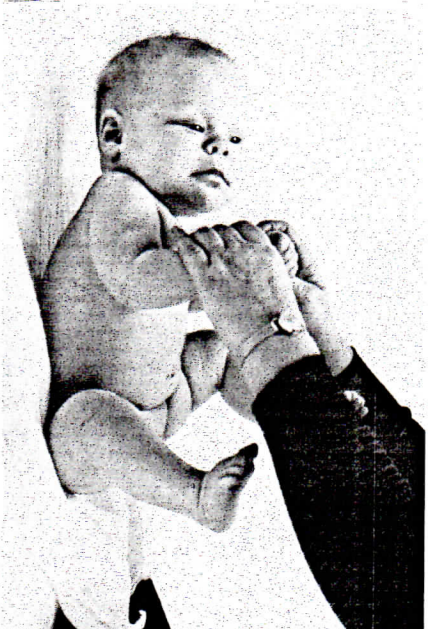


Fig. 75

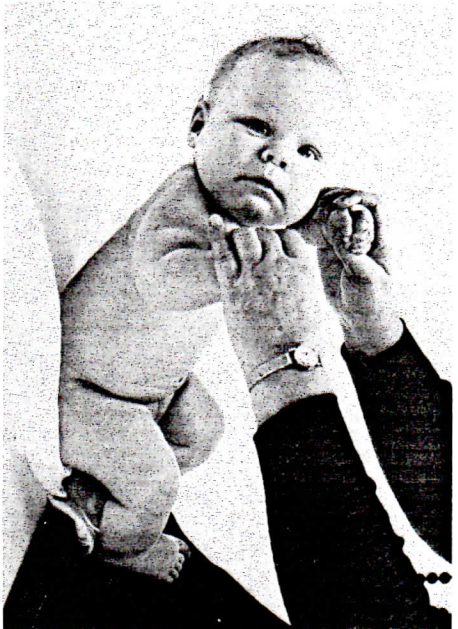




Fig. 76

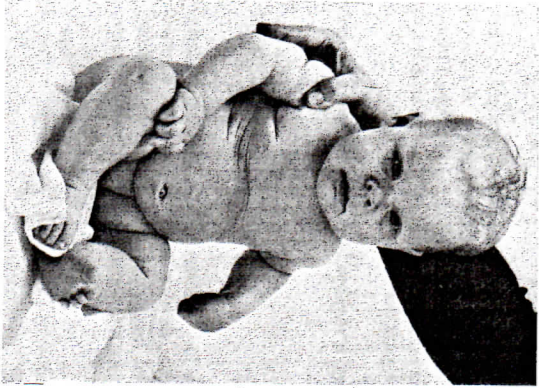


Fig. 77

Levantar segurando pelas axilas. A criança estende as pernas, encontra o suporte e faz peso ligeiramente mediante co-contracção. Os joelhos então estendidos para trás; os quadris flectem-se à extensão do tronco. O controle da cabeça já pode ser bem estável. Quando há inclinação passiva para o lado, quase sempre a cabeça coloca-se correctamente no espaço. (Fig. 78).

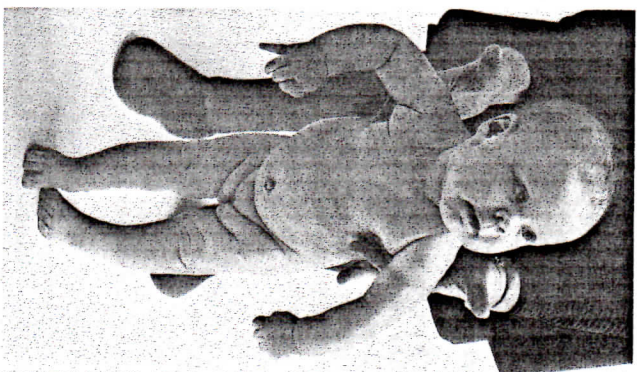


Fig. 78

Tônus postural ou muscular

A criança já não mostra tônus flexor constante, mas está em condições de assumir, em qualquer posição, certa extensão. O tônus, ao exame passivo, é normal; às vezes, um tanto frouxo, às vezes um pouco mais rijo, sempre, contudo, com boa motilidade, sem restrições. Dar as extremidades serem capazes tanto de fletir-se quanto de estender-se, de modo que os movimentos podem produzir-se coordenadamente. Enquanto dura o exame, a criança pode manter a sua atitude, mas também pode começar a movimentar-se espontaneamente.

As extremidades passivamente estendidas não oscilam no sentido de voltar à posição inicial, mas permanecem onde estão ou são movidas automaticamente pela criança. Melhorou a motilidade articular. As articulações já reagem dissociadas umas das outras. Movendo-se um lado, mostram-se também, contudo, movimentos associados do outro lado. O grau de motricidade aumentou em relação ao mês anterior.

Reações posturais

Em todas as posições, a cabeça coloca-se bem no espaço (exame na posição dorsal, na posição ventral, na mudança para o lado, na posição suspensa). A criança já se adapta bastante bem a modificações de posição no espaço e também já mostra reações posturais da cabeça ao corpo, quando a cabeça é colocada de lado. O corpo gira, então, para o lado oposto. Começam reações posturais do corpo ao corpo.

Reações de equilíbrio

A criança tornou-se mais estável em todas as posições; sobretudo, nas posições dorsal e ventral. Não existe ainda estabilidade nas posições sentada e em pé. Todavia, a criança tenta, quando perde o equilíbrio, adaptar-se, o que também tem bom êxito dentro das suas possibilidades. Não há ainda reações de apoio, mas já há uma primeira extensão dos braços, sem que a criança faça peso. Começam a abrir-se as mãos quando ela se aproxima de um suporte.

Simetria

Em todas as posições a criança é quase simétrica; às vezes, contudo, apresenta ligeira escoliose superável, na posição sentada.

Ainda se vê, às vezes, bem nítido, o lado predileto, mas a criança, quando estabilizada, freqüentemente vira-se para os dois lados. Quando a assimetria é insignificante, a coordenação motora dos dois lados é normal.

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações

Às vezes, ainda se vêem, nesta idade, influências insignificantes de padrões tônicos posturais (reflexo tônico-nucal assimétrico e reflexo tônico-labiríntico), o que não impede, todavia, a coordenação motora. Já não se produzem o reflexo magnético, o reflexo de Galant, a *placing-reaction*, as reações de marcha e de Bauer (nos prematuros, prescre-se atenção, neste particular, à idade gestacional). O reflexo palmar de preensão só existe ainda muito discretamente. Quase sempre a criança reage com breve flexão dos dedos e, depois, a mão torna a abrir-se. Os reflexos plantares de preensão, pelo contrário, ainda se produzem bem equilateralmente.

O reflexo de Moro só se produz muito fracamente, ou nem se produz em absoluto. Há casos em que, quando o examinamos, ainda notamos ligeira abertura das mãos, sem reações do resto do corpo.

Motricidade fina e adaptação

Percebem-se objetos na linha média e além dela, dos dois lados da linha visual, à distância de 20-30 cm. A criança acompanha com os olhos e movimentos da cabeça um objeto até mais de 180°. Fixa-o e mostra interesse por ele; tenta agarrá-lo.

Os movimentos de preensão ainda são muito descoordenados e grosseiros, desregulados. O objeto pode ser agarrado, movido, e só largado ao acaso. A criança observa, porém, com muita exatidão o que acontece com a sua mão e com o objeto; e tenta repetir a situação com ajuda da mãe. Observa as suas próprias mãos e acompanha-as, movendo os braços para cima, para diante e para o lado.

Mãos, dedos, objetos são levados à boca, e sugados. A criança opõe resistência quando lhe querem tirar o brinquedo.

Preensão

A criança pode agarrar um objeto que lhe é oferecido com preensão palmar, descoordenadamente. Há ainda muita pronação. Se tiver o objeto na mão, segura-o com firmeza e só o larga inintencionalmente. A criança repete o processo, às vezes, contemplando o objeto. As mãos unem-se na linha média e tocam uma na outra; primeiro, sem querer; depois, voluntariamente.

A criança brinca com as mãos, leva brinquedos à boca.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança sorri quando lhe falam; às vezes, ri alto. Vira a cabeça para quem lhe fala, arrulha e chia espontaneamente. Alegra-se com os próprios sons

que emite e repete-os. Volta-se para donde vem um ruído, mostrando-se calma e atenta. Tenta impor-se pelo choro; boa modulação tonal, já diferenciada.

Contato social: Olha para o examinador, fixa-o com os olhos. Observa com atenção as fisionomias que para ela se voltam. Quando a mãe é ansiosa, a criança já mostra, às vezes, reações francas de estranheza e desconforto. Aquietar-se quando a levantam, lhes falam, a acariciam e a aquecem.

Audição e localização de ruídos

Ouvindo um ruído, a criança fica atenta, já distingue bastante bem qualidades e prefere alguns ruídos: por exemplo, música, canto. Devem-se examinar todas as qualidades possíveis: pio, campainha, voz baixa, voz alta, papel que farfalha.

Localiza as várias direções de onde vêm os ruídos e vira-se para a fonte. Parece reconhecer ruídos ou tenta provocá-los. Repete os seus próprios ruídos.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

A criança diverte-se com os seus próprios ruídos e repete-os. Boa sonorização. Chora alto quando necessita de alguma coisa.

Visão e movimentos oculares

A criança pode fixar bem objetos colocados a 20-30 cm. Acompanha-os com os olhos a mais de 180° (além da linha média). Vira a cabeça ao mesmo tempo. Os movimentos oculares são coordenados, já não há estrabismo. A cabeça acompanha objetos em quase todos os planos para a direita, para a esquerda e para baixo (exame em posição dorsal ou sentada).

Comportamento emocional

A criança deve estar quanto possível no *state 4*; documentam-se com clareza as variações. A criança sorri para o examinador, após certo tempo. Quando a mãe é ansiosa, a criança já mostra tendências a *erranhar*, mas se acalma pela incitação materna, ou quando a seguram, a acariciam, quando lhe falam ou a aquecem. Se isso der resultado, também se pode examiná-la no colo da mãe.

Desenvolvimento

A criança torna-se aos poucos mais estável, sobretudo, nas posições dorsal e ventral. O padrão motor modifica-se, a extensão melhora. A posição da cabeça e do corpo no espaço estabilizou-se.

O contato com o ambiente melhorou, por causa disso, a criança começa a investigar o seu ambiente e mostra-se mentalmente mais adiantada do que lhe permite a maturidade; já faz, contudo, para a mãe sinais que permitem a esta perceber as necessidades da criança. A criança já tem, além das fases da satisfação de necessidades alimentares e hígnicas, o desejo de contatos com o ambiente. Se não os consegue, chora; é um choro que reclama.

Desenvolvimento anormal

Motricidade grosseira

Posição dorsal. É comum ao lactente não poder colocar-se simetricamente, e a assimetria faz com que, muitas vezes, só consiga a rotação para um lado; aliás, quase sempre, para o lado mais comprometido, porque o lado mais sadio acompanha melhor a rotação. A causa disso são, muitas vezes, padrões posturais que, sobrepondo-se (reflexo tônico-nucai assimétrico e reflexo tônico-labiríntico), impedem a coordenação motora.

Retração escapular se acompanha de punho cerrado. Possibilidade escassa de juntar as mãos na linha média. Não são suficientemente boas a preensão de objetos nem a colocação dos dedos na boca.

Extensão forte ou de grau médio, de modo que resulta opistótono, ao qual a criança não pode superar suficientemente bem. Atitude assimétrica extensiva do tórax, padrões de rotação interna e adução das pernas. Às vezes, posição de rã das pernas, ou atitude primitiva com flexão, mas sem esparneio alternante. Articulações tibio-társicas imóveis ou superextensíveis com poucos movimentos estereotipados.

A posição quase não se modifica, porque a criança, com a sua rigidez ou sua flacidez, não pode colocar-se em posição ereta, contrária à gravidade. Havendo hipertônus, há, às vezes, preferência por padrões extensores ou flexores (Fig. 79).

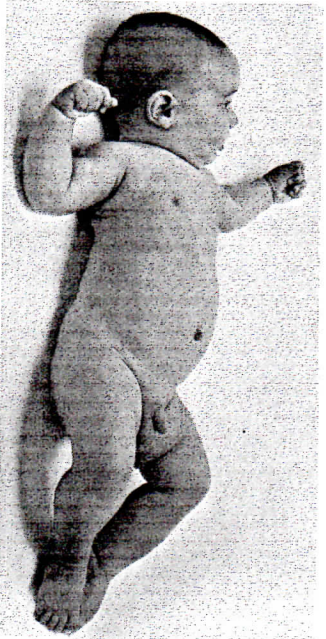


Fig. 79

Posição ventral. Na posição ventral, há casos em que a criança chama a atenção mais do que na posição dorsal porque, nesta posição, pode mover-se mais contra a gravidade (o que não é possível, em caso de desenvolvimento anormal). A cabeça ou não se ergue de maneira suficiente, ou se ergue forte demais por causa da super-regulação, quando há hipotonia.

Se os braços estão embaixo do tórax e a criança não pode libertá-los, a cabeça também não pode ser levantada. A projeção dos braços fora dos ombros mostra em que medida a cabeça pode erguer-se.

A criança não se apóia bem nos antebraços, porque, às vezes, os braços são estendidos demasiadamente; ou não é possível apoiar-se. O equilíbrio que nesta idade normalmente já é precário, na criança com anormalidade é insignificante, ou nem existe. Ainda existe, nesta posição, excesso de tônus flexor ou extensão forte demais, de modo que não há em absoluto possibilidade de colocação em posição de equilíbrio. Existem muitos movimentos natatórios pela extensão demasiada. As pernas mostram-se, frequentemente, imóveis em atitude de rã, ou em extensão. Não há esparneio alternante para trás. A cada movimento da cabeça, o quadril flete-se mais ainda, a criança cai para trás. Adução forte das pernas.

Quando se perde o equilíbrio, a cabeça não se regula suficientemente bem no espaço; muitas vezes, também por causa de bloqueio na área escapular. O punho está quase sempre cerrado e em pronação. Articulações tibio-társicas imóveis ou superextensíveis (Fig. 80).

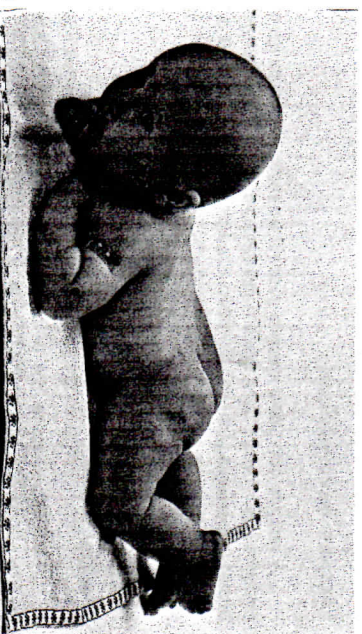


Fig. 80

Levantar da posição dorsal: Quando se levanta a criança, ela não colabora suficientemente, a cabeça cai para trás, ou desequilibra-se no sentido ventral ou lateral na posição sentado-ereita.

Há vezes em que a cabeça acompanha o movimento por causa do bloqueio na área escapular; fica, porém, *emparedada* nesta atitude e não se move.

Quando se ergue a criança, é freqüente ocorrer extensão demasiada, de modo que ela fica logo em pé, sem poder flectir o quadril. Na atitude sentada, há forte instabilidade, com dorso curvado flectido. Os braços estendem-se fortemente demais ou há flexão acentuada nas articulações dos cotovelos.

Na posição sentada, observa-se atitude patologicamente assimétrica, com escoliose.

Quando a criança se inclina para o lado, os braços não se estendem para o suporte, a cabeça não se coloca direito no espaço. O examinador sente que tem de dar apoio demasiado à criança (Figs. 81 a 83).

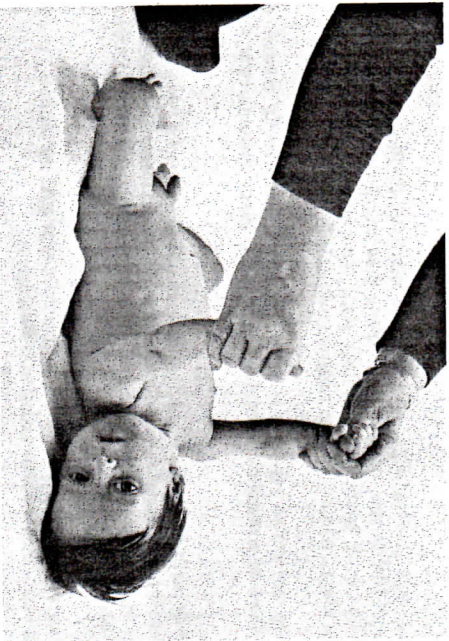


Fig. 81

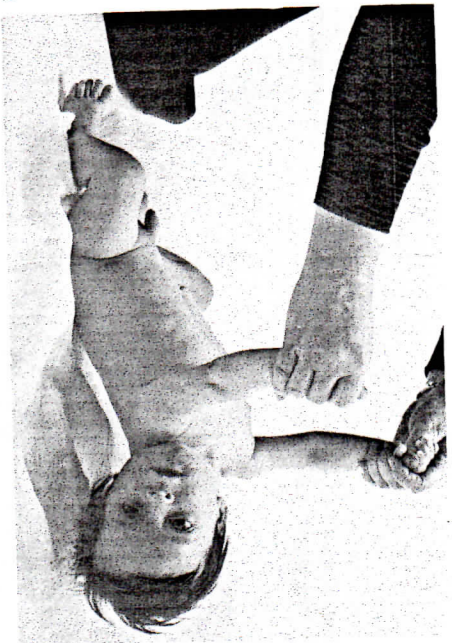


Fig. 82

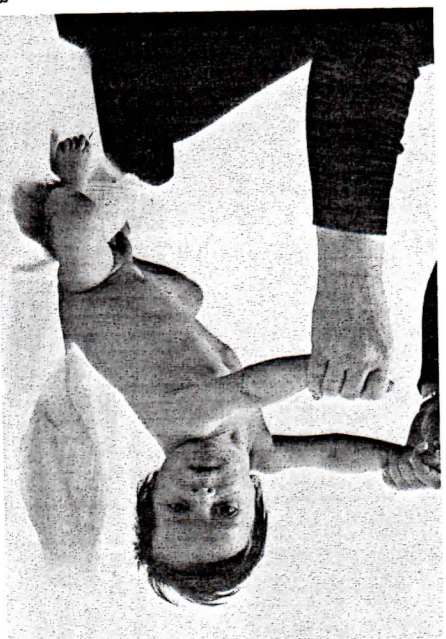


Fig. 83

Levantar segurando pelas axilas: Os pés não fazem peso, ou pesam de modo insuficiente apenas. A criança afunda. Havendo hipertônus, a criança fica em pé, é certo, mas só aparentemente — dá a impressão de uma caricatura da posição em pé porque não pode assumir modificação da postura. O corpo inteiro está estendido com arqueamento para trás. Os braços, entretanto, também estão muitas vezes estendidos ou fletidos de modo excessivamente forte, com retração escapular. Cabeça colocada para trás (Fig. 84).

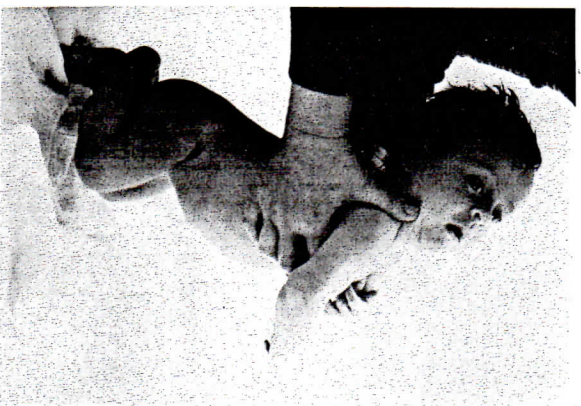


Fig. 84

Reflexos e reações: Todos os reflexos e reações, que deveriam ter desaparecido, podem, em muitos casos, persistir muito fortemente (pensar na idade gestacional, quando se tratar de prematuros). O grau e a assimetria dão, no caso, as indicações mais importantes. Preste-se atenção ao dano da coordenação motora. Neste particular, o que mais importa é a qualidade do movimento; depois, até que ponto a criança tem condições para colocar-se em posição ereta em oposição à gravidade.

Motricidade fina e adaptação

Clarificados os transtornos da modalidade (distúrbios visuais ou auditivos) é preciso observar a criança com má percepção visual naquilo que diz respeito à fi-

xação de pessoas e objetos. Deve-se sempre pensar em transtorno central da elaboração, em fraqueza desta elaboração. Observa-se de que modo a criança não fixa direito objetos nem pessoas. O olhar vaga, não se dirige para o objeto. Os estímulos não produzem reação adequada.

Se um objeto é fixado, a criança não tarda a perdê-lo de vista. Quando se produzem efeitos acústicos ou luminosos, nota-se que a criança fica irritada e logo chora; choro agudo estridente, ou lamentoso, assinalando desconforto.

Linguagem e contato social

Linguagem: Poucos sons, muito inarticulados. Língua pouco móvel, de modo que também surgem dificuldades alimentares. A criança dá impressão de *muda*. Se a anormalidade se localiza predominantemente nas pernas, o comportamento sonoro, isto é, lingüístico pode ser inteiramente normal.

Crianças quietas mostram, às vezes, pouca articulação, o que, no entanto, se deve perceber como variação. Boca sempre aberta com hipersalivação, ou dificuldades de sucção, deglutição ou respiração devem merecer atenção.

Contato social: A criança pode chamar a atenção pela deficiência de contato visual. Ausência de sorriso espontâneo à tomada de contato. Às vezes, fixa-se mais aos objetos do que às pessoas.

Há situações difíceis a que a criança responde com reações inadequadas, predominando o medo. A aquietação é difícil e, em certos casos, até impossível.

Tônus postural ou muscular

Quer ativa, quer passivamente, encontram-se alterações de tônus o qual pode estar aumentado, diminuído, ou alternante. Pode predominar um tônus extensor, ou um tônus flexor. A coordenação motora pode estar alterada; articulações ou excessivamente tensas, ou instáveis por superextensibilidade.

Verifique-se, em certos casos, se se trata, apenas, de variação do normal; se assim for, há fases da instabilidade fisiológica em que o tônus costuma estar mais diminuído.

O tônus é de assinalar-se como anormal quando não permite uma coordenação regular. A tensão na área escapular e a flexibilidade do tronco mostram-se transtornadas. Quando se examina contra-resistência, vêem-se variações que correspondem à qualidade do tônus.

À assimetria ver-se-á sempre como anormalidade sem que, no entanto, se devam interpretar erradamente certas assimetrias fisiológicas.

Reações posturais

A colocação da cabeça e do corpo no espaço está alterada (incluam-se no exame os mecanismos de manipulação dos pais, principalmente da mãe, porque influenciam fortemente o desenvolvimento da criança). Exame das reações posturais nas posições dorsal e ventral, nos deslocamentos laterais, na posição suspensa.

Todos os movimentos de ajustamento do corpo se observarão com exatidão. A criança com anormalidade da evolução motora tem dificuldade em adaptar-se a modificações da posição no espaço.

Reações de equilíbrio

Em todas as posições há equilíbrio deficiente, sobretudo nas posições dorsal e ventral. Outras posições ainda não mostram, contudo, nesta idade, reações de equilíbrio. Não há adaptação quando se perde o equilíbrio.

Simetria

Uma assimetria constante e sempre produzível avaliar-se-á, seguramente, como variação patológica. A assimetria, quando se reconhece um transtorno cerebral motor, parece ter grande importância. Os padrões tônicos posturais (reflexo tônico-nucal assimétrico) mostram persistência. Juntamente com a alteração do tônus e, daí, a incapacidade de adaptação motora a situações alteradas, a assimetria é inevitável.

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações

Padrões tônicos posturais que persistem e se produzem abruptamente a cada movimento da cabeça dão impressão de estereotipados. A coordenação motora está fortemente retardada, a própria criança não a pode inibir. Padrões insignificantes desta ordem, possíveis de superar, devem, no entanto, ser considerados porque indicam, talvez, retardos evolutivos, sem significar, no entanto, de imediato, retardo corporal.

É também sob este aspecto que se devem ver padrões reflexos, primitivos os quais sinalizam, na maior parte dos casos, retardo evolutivo; se forem assimétricos, deverá-se pensar em transtorno motor (atenção à idade gestacional no caso de prematuros).

Comportamento emocional

É difícil colocar no *state* 4 crianças ansiosas, inquietas. Reagem emocionalmen-

te de maneira exagerada e inadequada, não há manipulação que as acalme; às vezes, porém, a mãe consegue tranquilizá-las.

A relação mãe-filho deve ser considerada ao exame porque aí já se pode mostrar transtornos da interação, capazes de fornecer outros indícios. A mãe, que também depende, inversamente, por assim dizer, da criança, não tarda a notar a presença de transtornos.

A ansiedade da mãe, quando manipula a criança, repercute sobre esta.

A calma durante o exame esclarece muitos problemas, ou melhor, os evidencia. Recomenda-se o exame no colo da mãe.

Audição e localização de ruídos

Exame da audição, a fim de excluir transtornos da modalidade. Fraquezas centrais da elaboração mostram outro prognóstico, exigindo tratamento correspondente. Ao exame da audição (*triagem*), nota-se que a criança não se vira para uma fonte de ruído, ou reage inadequadamente; por exemplo, com choro forte demais. O comportamento da criança sinaliza a irritação.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

Conforme o grau do transtorno tônico, ou seja, do retardo, a sonorização mostra anormalidades. Não basta a imitação do ruído produzido pela própria criança. O tipo de choro mostra distúrbios da coordenação do aparelho fonador. Observem-se a respiração, a sucção e a deglutição. Uma hipersalivação pode ocorrer. Mais informações são obtidas pela inquirição da mãe. O choro funciona como sinal e regula o comportamento da mãe.

Visão e movimentos oculares

A incapacidade de fixar pode ser além de distúrbio visual, fraqueza central da elaboração. De mais a mais, um transtorno motor, com prejuízo do controle da cabeça ou persistência de padrões tônicos posturais, é causa, às vezes, de distúrbio visual, porque a coordenação sensório-motora é decisiva para uma boa capacidade visual.

Preensão

Se a criança não estiver em condições de aproximar-se com as suas mãos da linha média, não serão possíveis o desenvolvimento da coordenação mão-olhos, nem a preensão coordenada. São os padrões posturais tônicos e as alterações tônicas que

geram a participação motora da preensão. Se o ombro estiver retraído, as mãos cerradas, o polegar aduzido ou encolhido, se só for possível a posição da mãe em pronação, o processo preensivo, por certo, estará alterado.

Se, além disto, a criança não tiver condições para brincar com os seus dedos, daí não se realizando o primeiro reconhecimento do seu próprio corpo, produziram-se transformos do esquema corporal.

Desenvolvimento

Neste mês, já se vê muito claramente um retardo evolutivo. A estabilidade da cabeça e do corpo na posição ereta é insuficiente. Podem dominar padrões extensos flexores torais, que impossibilitam ou dificultam o movimento coordenado no sentido da obtenção da posição vertical. As reações posturais representam papel importante a este tempo. Assimetrias patológicas nítidas devem chamar a atenção na idade de que nos ocupamos.

O desenvolvimento mental, que coincide estreitamente com a capacidade de movimentação correspondente, mostra retardos que se estendem à área psíquica. A mãe não aprende a autonomizar a criança porque esta precisa muito dela e ela deixa passar o momento apropriado; a criança não sinaliza a retirada de ajudatórios.

O processo de maturação da interação mãe-filho e, ao mesmo tempo, da interação criança-ambiente altera-se sensivelmente.

25

Quinto mês - normal Motricidade grosseira

Decúbito dorsal: O lactente em decúbito dorsal pode virar-se de um lado para outro e de vez em quando, atingir o decúbito ventral. Os pés são agarrados e levados à boca. Nesta posição a criança apalpa o seu corpo com as mãos abertas. O dorso superestende-se, às vezes, os quadris eguem-se, de modo que se tem a impressão de que a criança realiza uma ponte. A cabeça é erguida do decúbito dorsal, enquanto o resto do corpo se estende. Todos os objetos apreendidos são levados à boca e podem ser largados. O tronco está simétrico em alinhamento com a cabeça. Os membros inferiores apresentam-se em rotação externa e estão abduzidos. Quase sempre esperemeios alternantes; às vezes, também apenas flexão e extensão de ambos os lados. Os joelhos podem ser bem estendidos, os pés são móveis nas articulações tibiofemorais. Os movimentos já se produzem coordenadamente (Fig. 85).



Fig. 85

Decúbito ventral: A criança posiciona-se simetricamente, a cabeça ergue-se bem até 90°, com bom apoio sobre os antebraços. Existe um deslocamento de peso nas-
cipiente. Ainda não há movimentos para a frente. Os membros inferiores estão em
rotação externa e abdução. O quadril apóia-se na base, os pés estão em flexão plan-
tar e móveis na articulação tibiofísica. Movimentos nataforios mediante a exten-
são como que atirados para diante. A cabeça gira da direita para a esquerda e vice-
-versa e os olhos fixam objetos (Fig. 86).

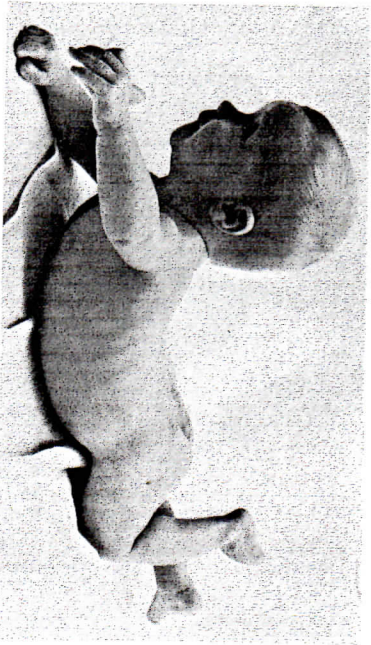


Fig. 86

O erguimento do decúbito dorsal: A criança colabora bem se existe um bom
controle da cabeça. A cabeça é bem levada para diante e pode depois girar para o
lado. Os pés estendem-se durante o ato. Os braços estão fletidos ou móveis na arti-
culação do cotovelo (Figs. 87 a 89).

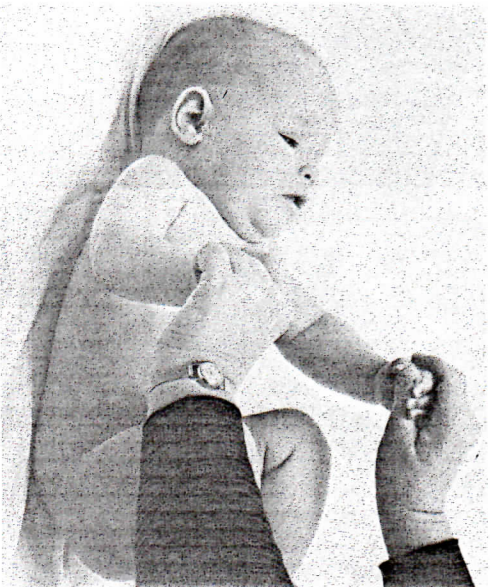


Fig. 87



Fig. 88

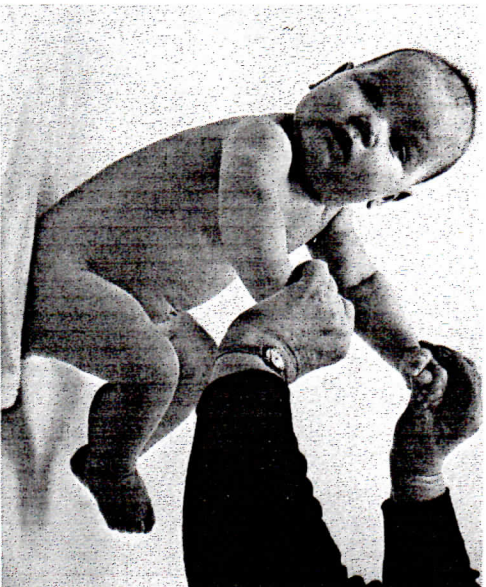


Fig. 89

Sentar-se. Estabilidade incipiente do tronco. O dorso ainda não se estende completamente, mas pode estender-se a curto prazo. Existe retração dos ombros para controle do equilíbrio. Quando a criança é segura pelo ombro ou pela cintura, mostra-se como um começo de rotação, com extensão dos braços para o lado, sem, contudo fazer peso.

A criança coloca os braços à frente a fim de apoiar-se. O quadril flete-se, as pernas estão em rotação externa, abduzidos e fletidos nos joelhos, com articulações tibiofemorais móveis. Boa colocação da cabeça no espaço. Atitude do tronco simétrica; às vezes, ainda há uma pequena assimetria fisiológica, que pode, no entanto, ser superada (Fig. 90).

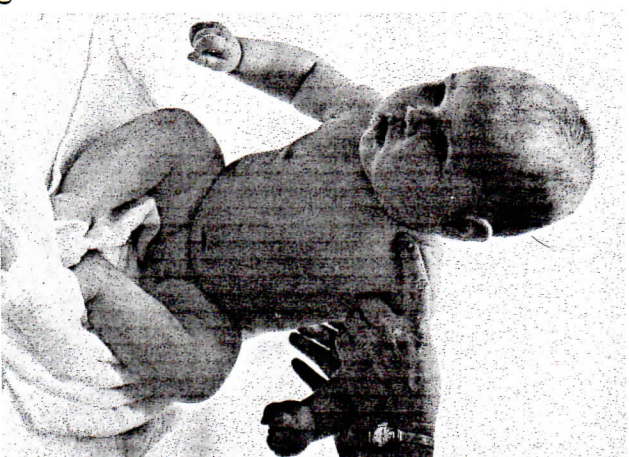


Fig. 90

Levantar-se segurando pelas axilas: A criança estende as pernas contra a base e faz zero quando o quadril se flete. Já há maior flexibilidade no joelho. Com mãos leves, sente-se que a criança já começa a balançar.

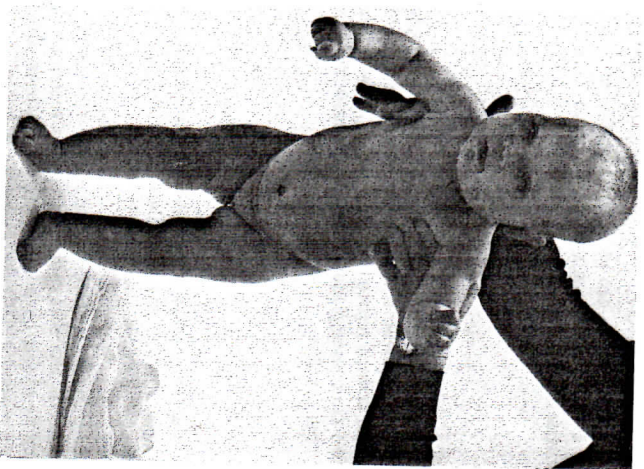


Fig. 91

Tônus postural ou muscular

O tônus muscular é normal em todos os exames passivos, às vezes um pouco mais frouxo, às vezes um pouco mais firme, porém com boa mobilidade em todas as articulações. Não predomina mais uma qualidade de tônus; porém o que existe é uma capacidade ordenada de regular o tônus para determinar atividade motora, de acordo com as circunstâncias. A criança pode dobrar-se e estender-se.

À movimentação passiva, a articulação já não oscila de volta à posição primitiva, mas é capaz de permanecer na posição em que é largada. A criança move-se voluntariamente. A emancipação das articulações entre si está essencialmente melhorada. Ainda há uma tensão insignificante na área escapular. Os quadris estão bem abduzidos, mas não excessivamente. Os membros inferiores podem estender-se. Os pés movem-se bem nas articulações tibiotársicas. O grau de motilidade ao exame passivo é grande. Quando se estende o hálux, já se vê tornar-se uma abóbada podal.

Reações posturais

A cabeça coloca-se bem no espaço em todas as posições. Boa reação postural da cabeça sobre o tronco, início de reação postural do corpo ao corpo. Rotação incipiente e reação do Landau (Figs. 92, 93).



Fig. 92

Reações de equilíbrio

A criança tornou-se mais estável em todas as posições, sobretudo nas posições dorsal e ventral. Sentada, ainda há instabilidade do tronco, com o dorso curvado. O quadril ainda permanece fletido em excesso, de modo que a criança cai para diante. Já há um bom apoio com sustentação do peso, mas os braços ainda não podem ser trazidos para diante de forma suficientemente boa, porque as mãos ainda não estão abertas para assumir o peso completo. As articulações dos cotovelos ainda estão demasiado fletidas. Não existe ainda aptidão para o salto.

Simetria

A criança pode estar simétrica em todas as posições. A cabeça e o tronco equilibram-se na posição média. A criança pode passar de uma atitude assimétrica para uma simétrica. Não há restrição da coordenação motora na posição simétrica.



Fig. 93

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações

Desaparecem todos os padrões tônicos posturais, a reação de Moro e outras reações primárias do período neonatal (nos prematuros deve-se ter atenção à idade gestacional). Se ocorrem reações, existe apenas um significado patológico, quando prejudicam a coordenação motora. Todas estas reações são, agora, inibidas por centros superiores mas são parte da motricidade humana e são vistas novamente em determinadas situações.

Motricidade fina e adaptação

A criança pode, se for suficientemente bem estabilizada, pegar objetos com as duas mãos, com *preensão palmar de toda a superfície da mão*. O polegar está estendido e minimamente aduzido. O brinqueado é levado de uma mão para outra, muitas vezes, é levado à boca. A criança brinca com os seus arrelhos, apalpa o seu corpo e frequentemente leva os pés na boca. Sentada e estabilizada, olha interessada para os objetos ao seu redor. Observa objetos maiores e menores, procura pegar objetos que estão fora do seu alcance, resiste à retirada de brinquedos e brinca de esconder.

Também come sozinha um biscoito que lhe dão na mão; e apanha, sentada e estabilizada, um cubinho; é capaz de passá-lo de uma mão para a outra. Os movimentos oculares e da cabeça estão mais coordenados.

Preensão

Ainda se vê preensão palmar, quando a criança está estabilizada. A pronação já não é tão forte. Os dedos estão frequentemente abertos. Objetos são agarrados, e somente são largados sem querer. A criança repete segundo o princípio *tentativa e erro*. Os objetos que estão na mão são contemplados. As mãos juntam-se na linha média e tocam-se; a criança brinca com as mãos.

Linguagem e contato social

Linguagem. A criança ri e produz sons inarticulados. Pára de chorar quando ouve música. Conversa sozinha. Forma novas combinações de sons (ra, re, da, de) e liga-as cada vez mais em cadeias rítmicas: (dadada, gueguegue).

Contato social. Sorri para a sua imagem no espelho e tenta pegar a mamadeira. Distingue tonalidades meigas e severas da fala e da música; começa a tentar contar, vira-se para quem lhe fala. Pára de chorar quando lhe dirigem a palavra. Diferencia as pessoas conhecidas das desconhecidas. Estranha, às vezes.

Audição e localização de ruídos

A criança ouve bem em todos os exames (importante é a calma, nestes momentos) e vira-se para a fonte de ruídos. Distingue qualidades acústicas conforme o objeto em exame. Reconhece ruídos e diverte-se com um (ruído), recusa outros. Repete os seus próprios ruídos, descobre neles prazer, varia a tonalidade.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

A criança tem boa audição, e dirige-se para a fonte sonora. Repetição e modificação dos ruídos. A criança grita alto, quando tem necessidades ou quando quer fazer-se notar. Modificação forte de tonalidade dos gritos, de acordo com a necessidade. Boa respiração. Sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

A criança pode fixar objetos, orientar para eles os movimentos dos olhos e da cabeça, se estiver na posição correspondente. Acompanha-os além da linha média numa extensão de 180°. Não há estrabismo. Os objetos são acompanhados em todos os planos (exame na posição sentada e no decúbito dorsal).

Comportamento emocional

Com a mãe correspondentemente motivada, a criança depois de um certo tempo tolera o contato com outras pessoas sem estranhar; ocorre situação diversa quando a mãe não tolera estas pessoas.

As condições do exame, tão decisivas, anteriormente, para a observação, já não representam papel tão importante para o levantamento de achados. Quando a evolução da criança é normal, a mãe, no quinto mês, está tão estabilizada que acompanha o exame médico do filho com menos ansiedade, daí a atmosfera ser menos tensa. Deve-se acalmar a criança que chora, ou mandar que a mãe a acalme. Um exame no colo da mãe é, muitas vezes, de grande importância.

Provocada a criança sorri e tenta pegar o cabelo do examinador, quer dizer, procura contato e brinca. Já se vêem modalidades comportamentais muito diversas.

Desenvolvimento

A criança tornou-se mais estável, embora possa não realizar ainda movimentos coordenados em posição ereta (fase instável da evolução). Tenta mover-se contra-riamente à gravidade, sempre melhorando o controle da cabeça. Rotação incipiente e boa reação postural. A criança começa a investigar o ambiente com os seus meios. Olhar vígil, gritos quando tem necessidade. O grito é fácil de diferenciar.

26 Sexto mês - normal Motricidade grosseira

Decúbito dorsal: A criança pode virar-se da posição dorsal para a ventral; vira-se de ambos os lados, mas prefere um lado, na maioria dos casos. Pode pegar nos pés e apalpar o corpo para reconhecê-lo. Pode estender os braços para diante e arquear a cabeça. Há vezes em que faz uma *porte* com extensão da coluna vertebral. O tronco é retilineado no sentido da linha média. As pernas estão em rotação externa e abduzidas em flexão; podem estender-se bem. Boa abdução do quadril. Os movimentos são coordenados. O decúbito dorsal já não é preferido nesta idade. (Figs. 94 e 95).

Fig. 94



Fig. 95



Decúbito ventral: No decúbito ventral a cabeça eleva-se muito bem. Posição média de 90°. O tronco está estendido, o quadril apóia-se na base.

O apoio sobre os antebraços, com equilíbrio bastante bom, é possível (Fig. 96). Deslocamento do peso para um braço, rotação e extensão fáceis do outro braço, a fim de pegar um objeto. Rotação bastante boa no tronco. A criança vira-se, às vezes, do decúbito ventral para o dorsal; caindo de início, porém, não em bloco, e sim com rotação.

Movimentos natatórios, sem prejuízo da movimentação. Movimentos compensatórios quando se perde o equilíbrio que já é bastante desenvolvido.

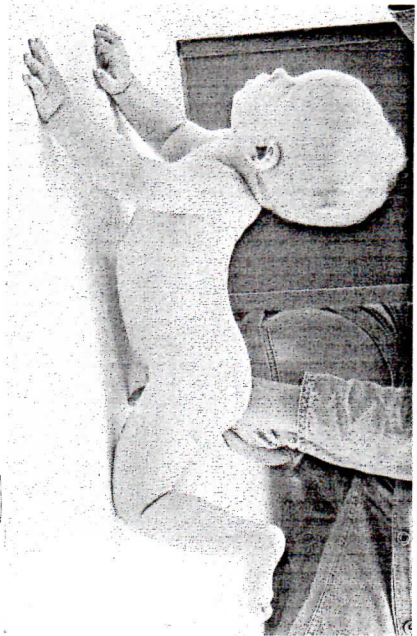


Fig. 96

Levantar-se para sentar: Boa colaboração quando a criança é estimulada a sentar. Ela quer colar-se na posição ortostática e é também difícil da posição sentada fazê-la voltar à posição dorsal.

Bom controle da cabeça; às vezes, ainda se vê controle moderado do tronco, permanecendo com o dorso curvado. As pernas estendem-se quando se ergue a criança (Figs. 97, 98 e 99).

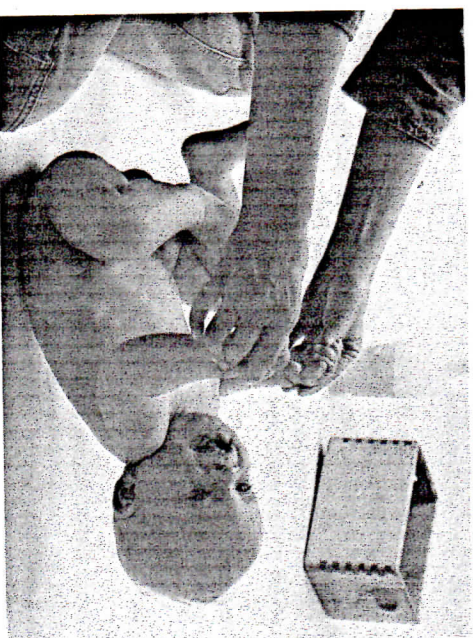


Fig. 97

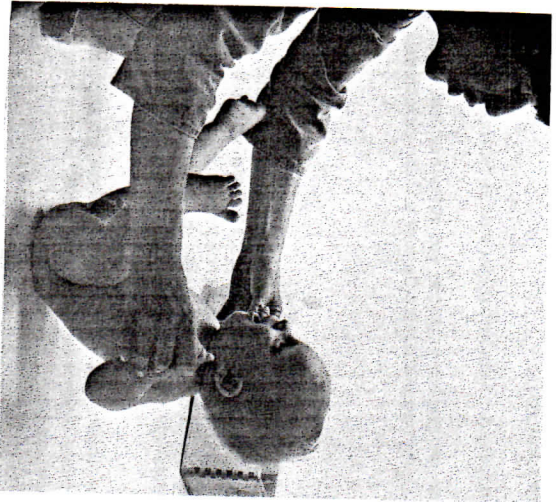


Fig. 98



Fig. 99

Sentar-se: Se a criança se senta, pode-se tirar as mãos, porém por curto período. A criança joga-se, então, para diante, tendo ainda um controle do peso insuficiente. A criança às vezes gosta de atirar-se para trás, assemelhando-se isso a um convite à brincadeira.

Ao sentar-se, as pernas estão em rotação extrema, os quadris abduzidos, as articulações tibiotársicas, móveis. A criança fica sentada com o dorso curvado e joelhos fletidos. Apoio para o lado ainda insuficiente. Os braços são estendidos para os lados com boa abertura das mãos, porém ainda com uma certa flexão da articulação do cotovelo. Por isso ainda não é possível um bom suporte do peso.

Levantar para pôr-se em pé: Boa simetria da postura ao se puxar a criança para cima, ela suporta bem o seu peso, mas ainda não pode ser solta. Ainda não se mantêm em pé independentemente. Os joelhos não estão firmemente estendidos porém fletidos. A criança oscila. A postura é simétrica, bom controle da cabeça, tronco estendido.

A inclinação para o lado é respondida com movimentos compensatórios, se bem que ainda insuficientes. A cabeça coloca-se no espaço (Fig. 100).

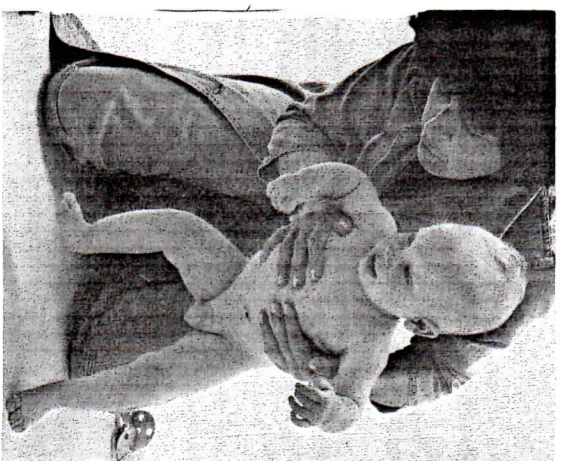


Fig. 100

Postural ou tônus muscular

O tônus muscular é normal. Como a motricidade se estabilizou, também o tônus se estabiliza, isto é, ajusta-se a situações desejadas; por exemplo, à posição ereta.

Flexão e extensão são possíveis, de acordo com a motricidade correspondente à idade. As articulações tornam-se mais independentes. A manutenção da atitude torna-se mais estável e a transição para a movimentação ativa melhora. Os primeiros estímulos motores intermediários já são possíveis.

A tensão na área escapular cede, fazendo com que a criança aprenda a ajustar o seu equilíbrio.

Boa abdução do quadril. Todas as articulações deixam-se movimentar livremente.

Reações posturais

Boa colocação da cabeça no espaço; reações posturais da cabeça sobre o corpo e do corpo sobre o corpo já bem desenvolvidas. Quando perde o equilíbrio, a criança recupera-se, isto é, reequilibra-se quando vai cair.

Reações de equilíbrio

Há bom equilíbrio nos decúbitos dorsal e ventral. Ainda não na posição ortotática, se bem que a criança vai aprendendo lentamente a melhorar as reações de equilíbrio, as quais, de início, ainda são deficientes.

Na posição sentada, há instabilidade do tronco, porém já possui mais extensão e com isso maior estabilização.

Além do deslocamento do peso para restabelecimento do equilíbrio perdido, melhoram as reações de apoio. Quando há deslocamento para o lado, os braços estendem-se, as mãos se abrem. A criança já suporta bem o peso quando se apóia para frente.

Boa disposição para o salto; reação de Landau bastante boa, sem que ainda exista extensão plenamente marcada.

Simetria

Postura simétrica, que, no entanto, pode ser abandonada pela criança e torna a assumir-lá. Predileção incipiente de uma mão, à preensão.

Padrões tônicos posturais, reflexos e reações

Reflexos pré-receptivos e exteroceptivos simétricos fáceis de se produzirem.

Os padrões tônicos posturais ou reações primárias dos primeiros tempos de lactência já não são obtidos mais (nos prematuros, atenção para a idade gestacional).

Motricidade fina e adaptação

Estabilizada, a criança pode estender os braços e as mãos e agarrar objetos. Estes são envolvidos, isto é, o polegar já está em certa posição, ainda um pouco aduzido na articulação metacarpo-falangeana. Se se levantarem pequenos objetos, a criança os agarra ainda com toda a superfície da mão (preensão palmar). Transferem-se brinquedos de uma mão para a outra além da linha média; ainda se levam, às vezes, objetos à boca.

A criança segue com os olhos objetos que caem, estende-se para pegar objetos que estão fora do seu alcance e apanha objetos com as duas mãos ao mesmo tempo. Pega pequenos objetos com os dedos em pinça.

Come biscoitos, brinca de esconder e resiste à tomada de brinquedos.

Preensão

Quando a criança se desestabiliza, procura agarrar objetos fora do seu alcance; há casos em que quer agarrar objetos sem ter para tanto as possibilidades motoras para isso.

As mãos estão abertas, os dedos já bem preparados para atividades mais finas. A criança começa a pegar objetos com os dedos em pinça. A criança olha aquilo que pega. As mãos podem juntar-se na linha média; a criança brinca com as mãos e os pés. Apalpa e aprende a distinguir materiais; nesta época só distingue superfícies agradáveis e desagradáveis; as reações são inibidas ou desinibidas.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança *conta, narra* quando está sozinha. Forma combinações sonoras novas: (ra, re, da, de, gue); cada vez mais as liga em cadeias rítmicas silábicas: (dada, guegue).
Contato social: Diz papai e mamãe inespecificamente e começa a imitar sons linguísticos. Ri e arrulha alto.

Diz papai e mamãe inespecificamente e começa a imitar sons linguísticos. Ri e arrulha alto.

Contato social

A criança é tímida quando vê estranhos, mas nem sempre demonstra estranheza. Sorri quando provocada, depois que se habitua com o examinador, ri quando a mãe ri.

Diverte-se com a imagem no espelho, distingue entre tonalidades severas e carinhosas, percebe alterações da música e a elas reage.

Vira-se para onde vêm ruídos e reage adequadamente a situações agradáveis e desagradáveis.

Audição e localização de ruídos

A criança vira-se para a fonte de um ruído e distingue qualidades. Ruídos estridentes e fortes são respondidos com desinibição; a criança presta atenção a ruídos que lhe são agradáveis. Ela ouve ruídos próprios e repete-os.

Sonorização no que diz respeito à respiração, sucção e deglutição

Boa sonorização, que possibilita o reconhecimento de nuances. Repetição e modificação dos ruídos. A criança chora alto quando tem necessidade ou quando quer chamar a atenção. Modificação forte dos sons dos gritos, conforme a necessidade. Boa respiração. Sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

A criança acompanha pessoas e objetos. Olha para tudo e também para o que tem na mão. Boa coordenação motora-visual. Tudo é acompanhado em diversos planos. Não há estrabismo (exame na posição dorsal e na posição sentada).

Comportamento emocional

Já existe muito bons contatos com o ambiente. A criança reage positivamente, quando alguém se lhe dirige, desde que a mãe sorria. Manifesta inibição e desinibição.

A criança que chora ou que grita acalma-se e distrai-se facilmente com a mãe ou com um hábil examinador. Sorri para estranhos, com olhar ora mais quieto, ora mais desconfiado. Mostra-se curiosa, e explora com prazer o ambiente. Grata a toda ajuda que não seja dada inadequadamente. Procura fazer-se notada (com todos os seus recursos).

Desenvolvimento

Este mês parece constituir um segmento evolutivo muito importante. A posição ortostática torna-se mais estável, mais equilibrada nos decúbitos dorsal e ventral. As modificações de posição ampliam o horizonte da criança, que se faz muito mais interessada e curiosa.

O controle da cabeça é bom, a rotação é melhorada e com isso, a possibilidade de um melhor funcionamento motor. A criança começa a elaborar percepções e a classificá-las. Percepções visuais, acústicas e tátil-cinestésicas edificam-se sobre as funções motoras. Bom contato com o ambiente.

Sétimo mês - normal Motricidade grosseira

Posição dorsal. A criança já não fica no decúbito dorsal, mas se volta para os dois lados.

Pode estender os dois braços, erguendo a cabeça para sinalizar que quer que a levantem. Se alguém a pega, ela se ergue quase sozinha. Não há predominância de padrão extensor ou flexor (Fig. 101).



Fig. 101

Decúbito ventral: Nesta posição a cabeça pode ser bem levantada. A criança desloca o seu peso e puxa as pernas para ficar ereta, por baixo do abdomen, mas torna a cair na posição ventral. Repete constantemente o que já exercitou. Vira-se nesta posição ao redor do seu eixo, inclina-se para trás quando deseja que fosse para diante. Estende um braço a fim de pegar um objeto. De vez em quando, estende os braços com o apoio das articulações dos cotovelos estendidos. A atitude é simétrica.

Os quadris apóiam-se na base, as pernas estão fletidas em abdução, móveis em todas as articulações (Fig. 102).



Fig. 102

Sentar-se

Levantada para sentar-se, a criança tornou-se mais estável. Apresenta bom equilíbrio quando se inclina para frente. Quando inclinada passivamente para o lado, os braços e as mãos estendem-se, para equilibrar-se, sem que haja ainda uma rotação muito boa. O dorso é curvado, já com possibilidade, porém, de extensão muito boa. Pernas em abdução, os quadris muito bem fletidos (Figs. 103 e 104).

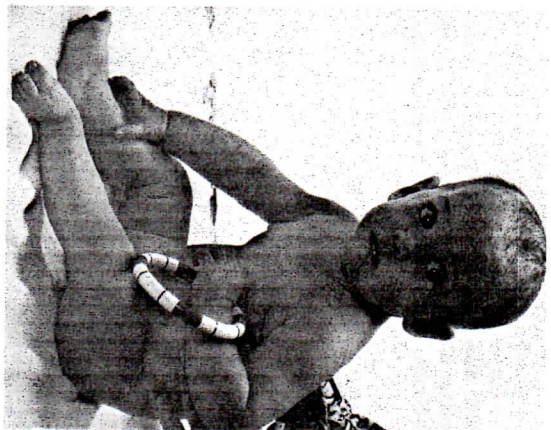


Fig. 103

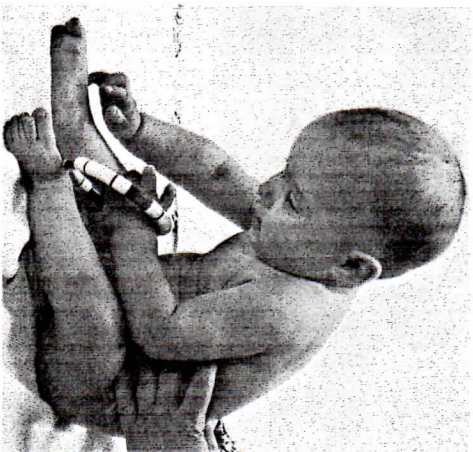


Fig. 104

Rolar, rastejar, engatinhar

Como uma posição quadrúpede estável ainda não pode ser assumida, a criança rola; às vezes, também rasteja e engatinha (quase sempre a criança desliza para trás), esforçando-se por mover-se para diante, por exemplo, a fim de alcançar um objeto. Já se vê então muita extensão. Quase sempre ela traz as pernas embaixo do abdômen, conseguindo, ao retirá-las, uma espécie de progresso (Fig. 105).



Fig. 105

Levantar segurando pelas axilas: Levantada, a criança tenta equilibrar-se e oscila nesta posição para cima e para baixo; equilibra-se às vezes por um curto período.

Quadril já bem estendido, no todo, porém, flexível com a inclinação para o lado; já existem movimentos compensatórios. Boa colocação da cabeça no espaço. Simetria da atitude (Fig. 106).

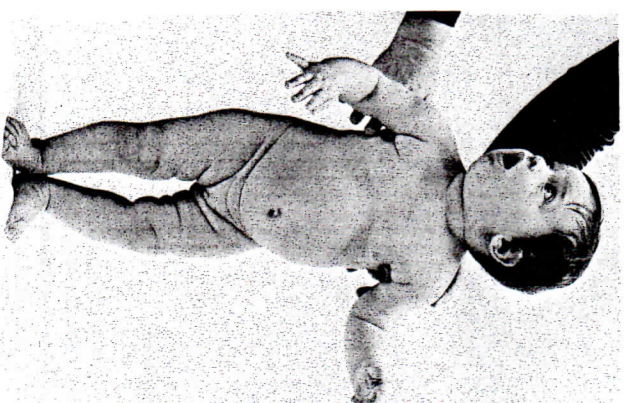


Fig. 106

Tônus postural ou muscular

O tônus é normal e a motricidade, por isto, mais estável. Há situações em que o tônus pode instalar-se e regular-se. A manutenção da atitude torna-se mais estável. Os estádios motores intermediários melhoram. Boa abdução do quadril. Boa motricidade de todas as articulações.

Reações posturais

Boa colocação da cabeça no espaço. Reações posturais da cabeça sobre o corpo e do corpo sobre o corpo são bem nítidas. Quando se perde o equilíbrio, este se restabelece mediante boas reações posturais no espaço (Figs. 107 e 108).

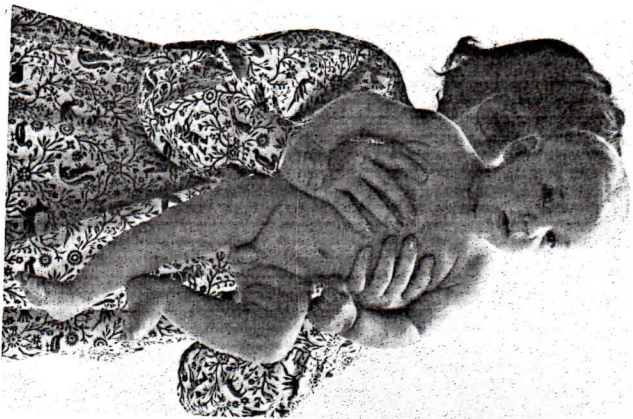


Fig. 107



Fig. 108

Reações de equilíbrio

No decúbito dorsal e ventral, há bom equilíbrio, iniciando também na posição sentada. A criança consegue diariamente uma melhora do equilíbrio, constantemente experimentada até que ponto pode ir. Quando há deslocamento, estabelece-se o equilíbrio mediante regulação e contra-regulação. As reações de apoio então ajudam. Boa disposição para o salto, reação de Landau muito boa (Figs. 109, 110 e 111).



Fig. 109

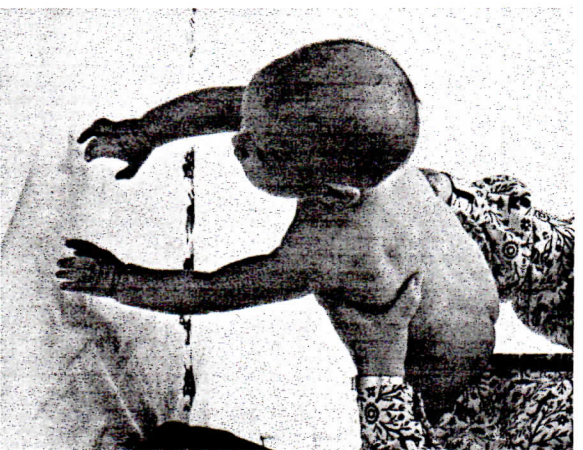


Fig. 110

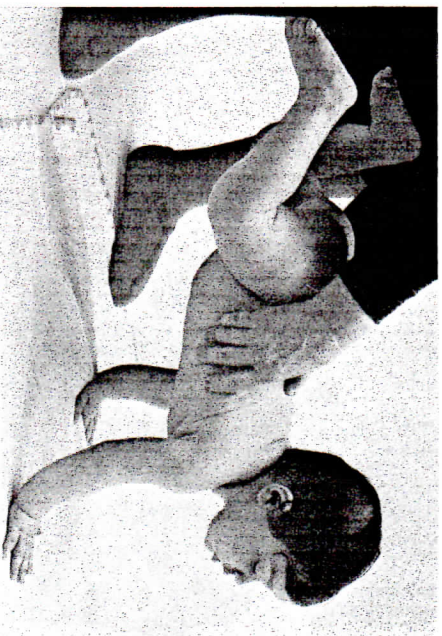


Fig. 111

Simetria

Atitude simétrica, que pode, no entanto, ser modificada. Não há uma atitude constante. Lentamente desenvolve-se uma mão dominante.

Motricidade fina e adaptação

A criança agarra objetos e tenta estabilizar-se neste sentido, o que ainda nem sempre consegue. Objetos menores e maiores são agarrados, quase sempre com a palma da mão, abrangeiramente. Ainda existe a preensão em garra. A criança pode, ao mesmo tempo, apanhar objetos com as duas mãos e brincar com eles. Aprende a identificar dois objetos diferentes, batendo-os um contra o outro e experimentando. Estes objetos podem ser passados de uma para a outra mão. A preensão produz-se principalmente com o polegar, o indicador e o médio. Objetos mais finos são apanhados entre o polegar e o indicador.

Preensão

A criança procura pegar objetos com movimentos cada vez mais coordenados; também tenta agarrá-los fora do seu alcance.

Os olhos parecem, porém, já querer mais do que a criança pode realizar motoramente. As mãos estão abertas e os dedos preparados para atividades mais finas. Ainda existe preensão em garra.

A criança olha para o que pega. As mãos juntam-se na linha média, ela brinca com as mãos e os pés. Apalpa, toca objetos e aprende a distinguir materiais, superfícies agradáveis e desagradáveis. As reações são inibidas ou desinibidas.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança diz as primeiras sílabas, mamãe, papai, dadá. Imita sons, e gosta de *contar* muita coisa. Repete ruídos próprios.

Contato social: Os olhares podem *dialogar*, isto é, tomam contato com o meio mediante troca de olhares. A criança diverte-se em reconhecer pessoas. Os estranhos são contemplados com ceticismo. A criança mostra-se um pouco tímida. Diverte-se com a sua imagem no espelho. Escuta com atenção e reage conforme o tom (severo ou amistosamente) com timidez ou desinibição. Vira-se para onde vêm os ruídos e reage adequadamente a situações agradáveis e desagradáveis.

Audição e localização de ruídos

Presta atenção quando ouve um ruído e vira-se para a fonte do mesmo. A crian-

ça distingue qualidade de sons. Sons desagradáveis provocam desconforto. Ouve ruídos próprios e imita-os. Imita ruídos externos.

Sonorização no que diz respeito à respiração, sucção e deglutição

Boa sonorização com manchas. Repetição e alteração de ruídos. A criança grita alto e baixo, o que equivale a uma comunicação. Os sons variam conforme a necessidade. Boa respiração, sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

Já existe boa coordenação dos músculos oculares. Boa coordenação mão-olhos. A criança olha para os objetos e as pessoas. Observa objetos que tem na mão. Acompanha em todos os planos. Ausência de estrabismo.

Atos da vida cotidiana

A criança come biscoitos que lhe sejam oferecidos. Começa a beber de uma xícara que alguém segura para ela. Come com colher. *Baba* um pouco apenas.

Comportamento emocional

A tomada de contato com o ambiente faz-se mais vivamente e não é feita sem seleção, isto é, a criança começa a selecionar as pessoas que lhe agradam. Também já começa a provocar a situação que deseja, com manobras relativamente hábeis, por exemplo, com uma certa forma de gritar (reclamando) tentando atrair a mãe.

A descoberta do ambiente provoca curiosidade e diversão. A criança agradece a toda ajuda que se ajuste às suas necessidades.

Desenvolvimento

Proseguem a estabilização e a socialização. A criança amplia o seu horizonte pela melhora da motricidade. A curiosidade torna-se um meio com o qual melhora a sua estabilização; a motricidade melhorada dá-lhe a possibilidade de investigar o ambiente. Bom controle da cabeça, rotação melhorada, equilíbrio melhorado.

As percepções visuais, acústicas, táteis e cinestésicas integram-se. Boa tomada de contato e distinção de pessoas, se estas são estranhas, ou se são conhecidas.

Oitavo mês - normal Motricidade grosseira

Posição dorsal: A criança já não permanece nesta posição, mas vira-se de ambos os lados para a posição ventral. (Fig. 112).

Posição ventral: Bom controle da cabeça. A criança pode desta posição, fletindo-se, passar à posição de quem vai engatinhar; às vezes, engatinha mesmo, embora ainda sem segurança e sem rotação. Vira-se em círculo em torno do próprio eixo.

Os quadris estão em rotação externa, as pernas movem-se livremente. A criança senta-se, às vezes ajudada, passando da posição ventral para a posição sentada virando-se de lado. Ainda engatinha sobre as mãos com frequência. (Fig. 113).

Sentar-se: Se a criança se senta, pode apoiar-se com rotação muito boa para diante e lateralmente. Dorso reto e bom controle do tronco, também havendo bom controle da cabeça. Vira-se em torno do seu próprio eixo. Todos os movimentos já se mostram coordenados. (Fig. 114).

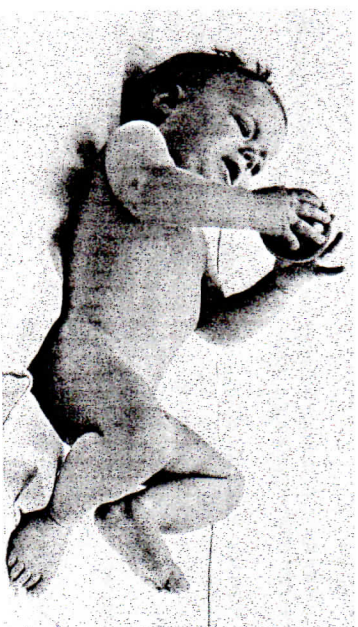


Fig. 112

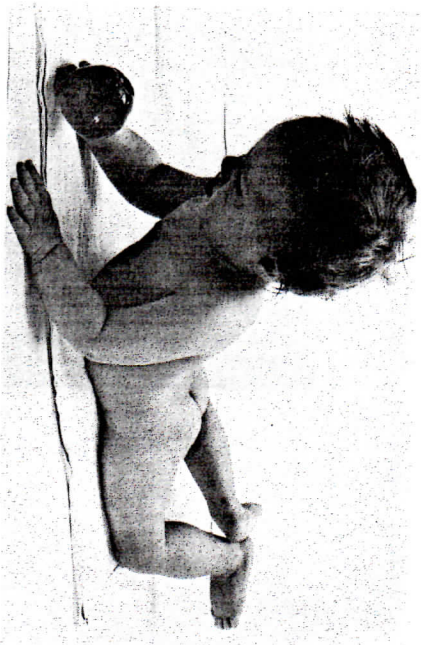


Fig. 113

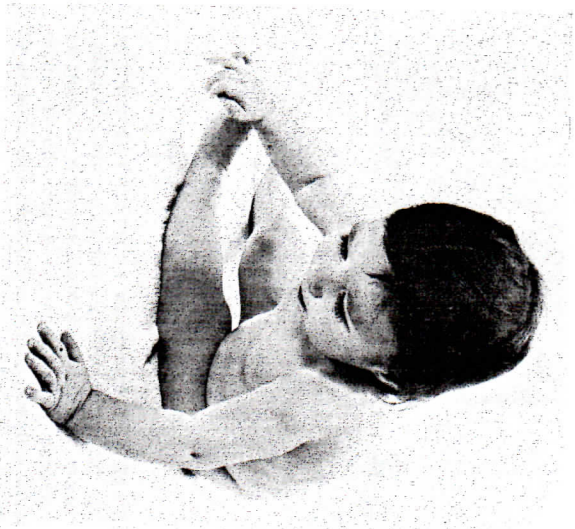


Fig. 114

Levantarse para ficar em pé: A criança ergue-se apoiada na mão do examinador, às vezes também em objetos, na medida em que já é bastante estável. Fica em pé, então, com ligeira oscilação. Artelhos em garra, porque ainda não tem bom equilíbrio nesta posição. Ainda se vê o reflexo de prensão plantar. (Fig. 115).

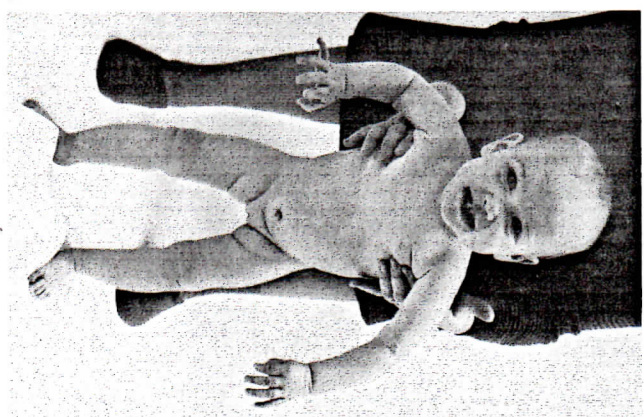


Fig. 115

Engatinhamento: A criança coloca-se em posição de engatinhamento e engatinha, com rotação ainda deficiente; mas também isto é apreendido por muitas crianças desta idade rapidamente.

Às vezes, a criança girando, passa da posição sentada de lado para a posição sentada propriamente; cada vez mais rapidamente muda de posição e movimentar-se muito. A criança se delicia em já poder mover-se para diante, isso fazendo tão frequentemente que as pessoas que a cercam têm de estar sempre vigilantes. (Fig. 116).

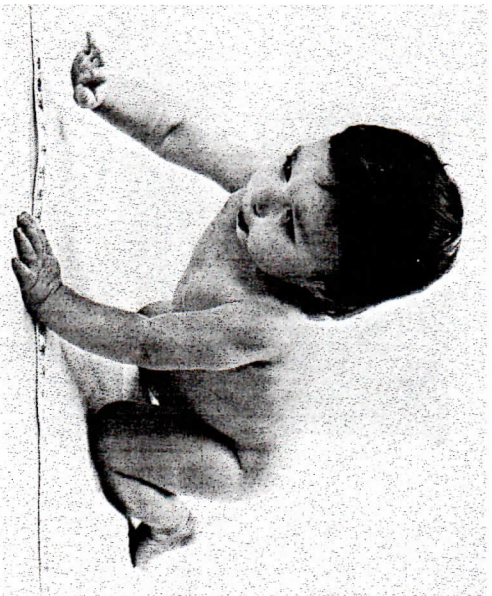


Fig. 116

Posição em pé: Fica em pé somente com alguém segurando. A criança apoiada caminha com passos titubantes; largada senta-se e tenta novamente erguer-se; sobretudo quando tenta alcançar alguma coisa. (Fig. 117).

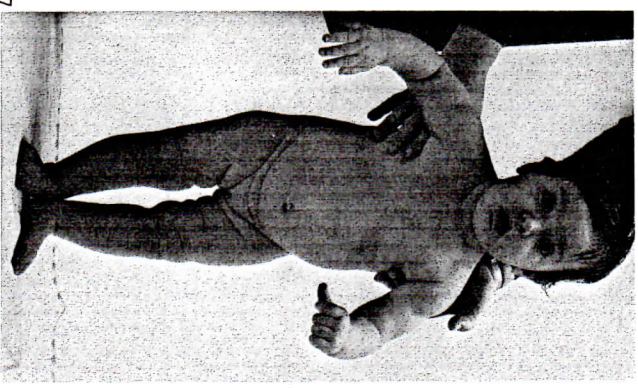


Fig. 117

Tonus muscular

O tônus é normal e a criança não tarda em alcançar a estabilidade necessária para que se consiga a posição ereta. No exame passivo, a criança permite boa mobilidade de todas as articulações. Boa movimentação e postura levando-se em conta um tônus fisiológico, ainda não inteiramente estabilizado. Manutenção da atitude ainda incompleta. Estádios motores intermediários melhorados. Boa abdução do quadril. Boa mobilidade articular.

Reações posturais

Boa colocação da cabeça no espaço. Reações posturais da cabeça sobre o corpo e do corpo no espaço são muito marcadas. Perdido o equilíbrio este se restabelece mediante boas reações posturais no espaço. (Figs. 118 e 119).



Fig. 118



Fig. 119

Reações de equilíbrio

Equilíbrio bom nas posições dorsal e ventral; a criança começa a sentar-se. Melhoras constantes do equilíbrio, a criança faz experiências. Perdido o equilíbrio, o restabelecimento é melhorado. Reações de apoio, disposição para o salto, reação de Landau boas. (Figs. 120 e 121).

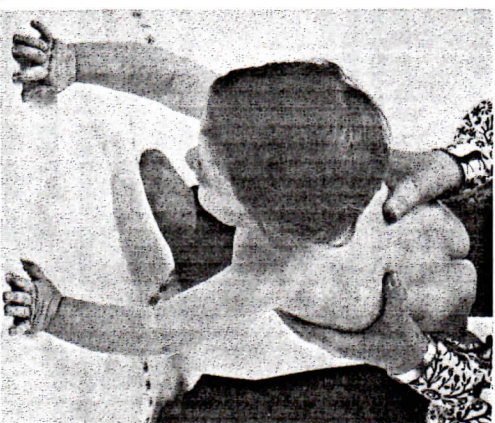


Fig. 120



Fig. 121

Simetria

A criança pode voltar de qualquer atitude assimétrica à simetria. Predileção clara por uma das mãos, se bem que a criança ainda trabalhe muito com as duas.

Motricidade fina e adaptação

Pega com uma mão em dois cubos. Se um já foi agarrado, mantém-no de modo que o segundo ainda possa ser pego. Pega em todos os brinquedos que estão a sua volta. Acompanha brinquedos que caem. Bate com as mãos e, estimulada, faz *tchau-tchau*. Brinca de *esconder*.

Larga propositalmente objetos e já os pega com o polegar e o indicador. A criança brinca à mesa com objetos menores e maiores e tenta descobrir o que acontece quando desloca ou joga para baixo alguma coisa. Se atira um objeto no chão e a mãe torna a levantá-lo, a criança repete o brinquedo até que a mãe desista.

Prensão

Agarra objetos nas posições dorsal e ventral, bem como em uma posição sentada estável. Tenta pegar objetos que estão fora do seu alcance. As mãos estão abertas e os dedos preparados para atividades mais finas.

A criança contempla aquilo que pega, as mãos juntam-se na linha média, brinca com as mãos e os pés.

Toca e apalpa objetos, aprende a conhecer materiais e a distinguir superfícies agradáveis e desagradáveis, com reações de conforto e desconforto. Agarra objetos estreitos com o polegar e indicador; prensão em garra dinda. A supinação é possível, os ombros movem-se quase livremente em todos os planos. Extensão para diante possível.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança fala sílabas duplas: mamã, papá, dadá, tará. Imita sons próprios e os que ouve. *Conta* muita coisa e com prazer.

Contato social: Tomada de contato com o ambiente por meio de olhares, sorrisos e ruidos, que dá tranquilidade à criança; olha muito desconfiada para os desconhecidos e não é raro mostrar, neste mês de vida, sinais de que *estranha*. Se o fato de *estrANHAR* representa certo processo evolutivo, ou se é próprio de determinadas crianças, ainda não parece estar esclarecido.

Audição e localização de ruídos

A criança presta atenção a ruídos e volta-se para donde eles vêm. Distingue qualidades. A sons desagradáveis responde com desconforto. Ouve os seus próprios ruídos e imita-os; faz o mesmo quanto aos ruídos externos.

Sonorização no que diz respeito à respiração, sucção e deglutição

Boa sonorização com nuanças. Repetição e modificação de ruídos. A criança chora alto e baixo, com a intenção de fazer-se compreender no ambiente.

Sons narrativos: Boa respiração. Sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

Boa coordenação da musculatura ocular. Já existe boa coordenação mão-olhos. A criança olha para os objetos e as pessoas. Observa objetos que tem nas mãos. Acompanha-os em todos os planos. Não há estrabismo.

Atos da vida cotidiana

A criança come biscoitos que lhe são oferecidos; bebe de uma xícara que lhe é apresentada e come da colher. Há muitas crianças que, nesta idade, se deixam pôr no urinol, embora ainda sem controle vesical.

Comportamento emocional

A criança seleciona as pessoas com as quais quer ter contato. Amendrontada, ela *estranha*. A mãe já não é mais a única pessoa de influência. Reage a uma negação e a um assentimento. Tenta obter situações que deseja mediante apalpadelas hábeis. Descobre as fraquezas dos pais. Curiosidade e alegria às descobertas. É grata a toda ajuda no sentido de obter o que deseja, quando isso se adapta às suas necessidades.

Desenvolvimento

A criança tornou-se muito mais estável e chega à posição ereta embora ainda sem segurança. Nesta atitude, atinge também, contudo, melhor situação, do ponto de vista mental, e pode, a partir daí, descobrir melhor o seu meio. Movimentos contínuos, modificações da posição e a tentativa constante de alcançar alguma coisa no espaço determinam, daí por diante, o desenvolvimento.

Diverte-se com a aprendizagem e delimita o seu meio com isso. A mãe recebe sinais para estar sempre presente. A criança aprende todos os truques que lhe possibilitem atrair as pessoas que a cercam, a fim de que a ajudem a ampliar o seu campo de ação.

Variações

Morticidade grosseira

Posição dorsal. Chama a atenção quando a criança fica deitada de costas, sem virar-se sobre o abdômen. Além disto, deve-se prestar atenção se a criança pode virar-se dos dois lados e não prefere um deles em particular. (Fig. 122).



Fig. 122

Posição ventral. Controle da cabeça de moderado para mau; extensão deficiente ou excessivamente forte. Se existir uma constelação desta ordem, a transição para o engatinhamento será, sem dúvida, dificultada. Rastejo anormal.

Havendo hipertonia, os quadris não são fáceis de abduzir; quando há hipotonia na esfíntica mostram-se demasiado fortes e muito instáveis. Poucos movimentos das pernas, ou movimentos demais. A criança hipertônica como também a hipotônica mostram empobrecimento da motilidade. Aquela que tem tónus alternante mostra motilidade excessiva. (Fig. 123).

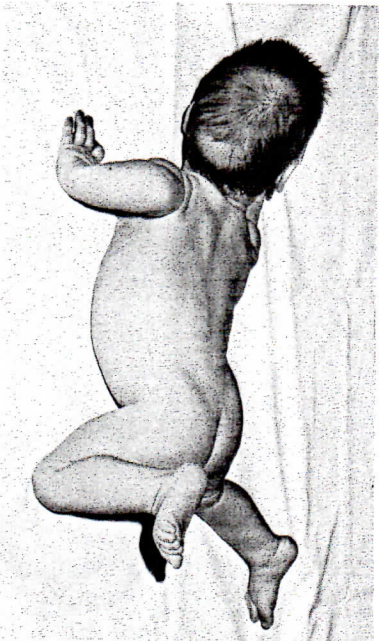


Fig. 123

Sentar-se. Sentada, a criança mostra estabilidade deficiente.

Se existir inibição da flexão dos quadris, fazendo com que puxe a criança para trás, ela inclina-se compensatoriamente para diante, ficando, então, com o dorso curvado. A cabeça não pode ser erguida de maneira correta mas é trazida para diante, a fim de manter o equilíbrio.

Mas se a criança for hipotônica cai para diante e não consegue manter-se na posição ereta. Quando há tónus alternante, oscila para um lado e para o outro, sem manter estabilidade. O apoio dos braços e das mãos pode ser impedido pela retração dos ombros, fechamento das mãos, flexão dos braços e forte pronação. Os movimentos são incoordenados (Figs. 124 a 126).

Fig. 124

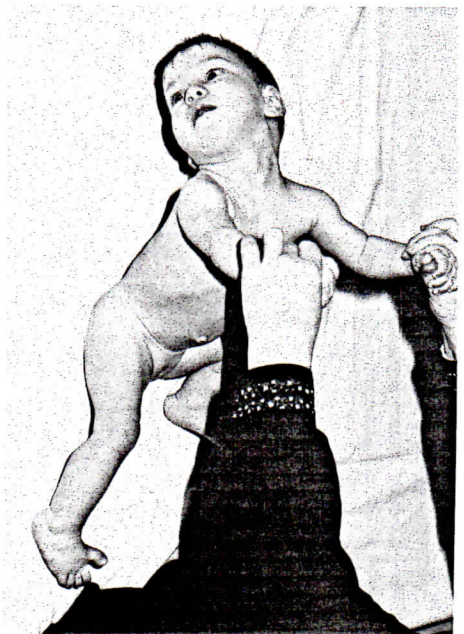
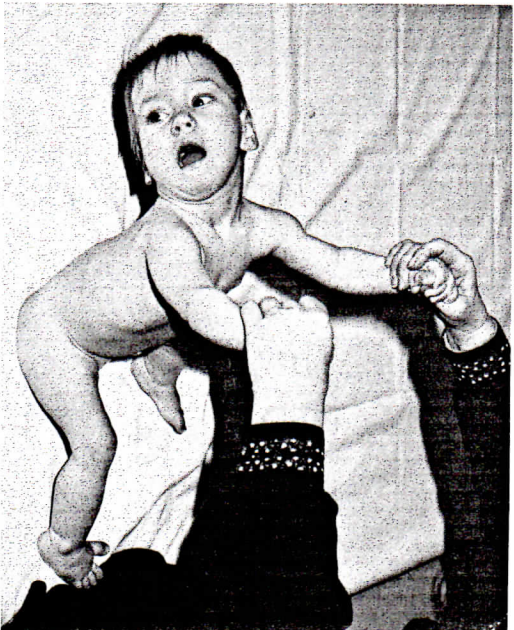


Fig. 125



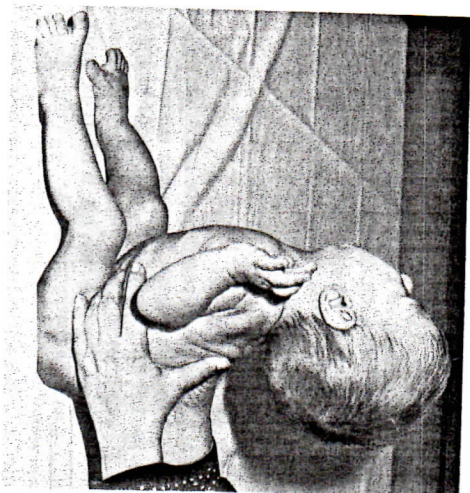


Fig. 126

Levantar-se para ficar em pé. A criança ainda não colabora no sentido de levantar-se. Braços fletidos ou estendidos em demasia na articulação do cotovelo. A criança ainda não sustenta o peso quando se tenta erguê-la. A atitude na ponta dos pés ou as articulações tibiotársicas excessivamente frouxas impedem isso. Artelhos rigidamente em garra. Ainda existe reflexo de preensão plantar forte. (Fig. 127).

Engatinhamento: Ainda não é possível o engatinhamento. A criança consegue, quando alguém a coloca na posição, manter-se por curto prazo sobre os 4 membros. Ocasionalmente, fica sentada, mas, frequentemente, só de um lado, e isso com má rotação e sem estabilidade.

Posição em pé: Não é possível, mesmo com alguém segurando. Quando a criança tenta ficar em pé, o quadril flete-se ao extremo, os joelhos recurvam-se, às vezes há astasia franca.

Tônus postural ou muscular

O tônus está aumentado, diminuído ou alterante, o que influencia a estabilidade na posição ereta. A motilidade das articulações está modificada. A postura e a respectiva manutenção estão prejudicadas. Os estádios motores intermediários são impossíveis. Alteração da abdução e da adução dos quadris.

Em crianças com padrões tônicos posturais persistentes, a distribuição do tônus pela musculatura é influenciada, daí reforçando-se as alterações neste particular.

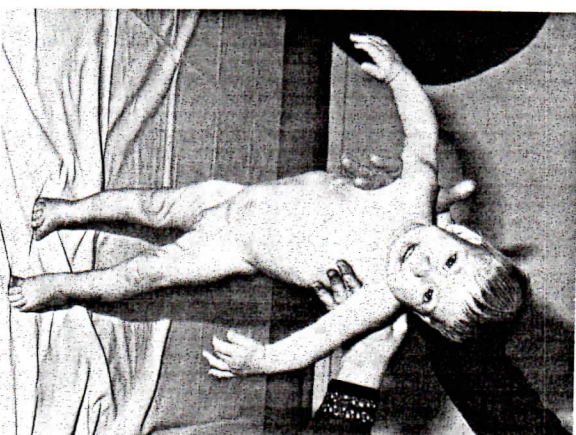


Fig. 127

Reações posturais

As reações posturais são deficientes ou más. A cabeça não é mantida estavelmente no espaço e cai desregulada para diante, para trás ou para o lado. Nas crianças que ficam muito tempo no decúbito ventral, é frequente a cabeça manter-se melhor nesta posição do que no caso do decúbito dorsal. As reações posturais do corpo sobre o corpo não são suficientemente boas para manter a posição ereta. Não há boa colocação no espaço quando se perde o equilíbrio.

Reações de equilíbrio

Não há bom equilíbrio nas posições ventral e dorsal, o mesmo ocorrendo na posição sentada. Não há boa reação quando se perde o equilíbrio. Não existem em absoluto ou são insuficientes a disposição para o salto e a reação de Landau.

Simetria

A criança não pode voltar de uma posição assimetricamente assumida, para uma simetria, ou prefere sempre um lado, deixando em absoluto de considerar o outro lado. O lado desprezado pode ser mais afetado nos braços e mãos, ou nas per-

nas e pés. A criança quase não olha para este lado, é freqüente não pegar com a mão afetada o corpo ou os objetos.

Motricidade fina e adaptação

As vezes, não há preensão coordenada, só se vê em uma das mãos. A criança não olha para os objetos que quer pegar. A mão ou as mãos ainda se mostram, em muitos casos, fechadas, pronadas, colocadas junto ao corpo, desprezadas. Quando a criança pega, às vezes, também olha, a preensão é imprecisa. A criança raras vezes tem êxito, não tardando a desistir. Não há atividades com as mãos na linha média, quais sejam, *tekar-tekar* ou palmas. A criança não experimenta se pode agarrar um objeto. Se tiver um objeto na mão (por exemplo, com reflexo de preensão), não torna a largá-lo. Não acompanha com os olhos objetos que caem e parece desinteressada. O olhar parece vagar, sem persistência e, por isso, sem fixação. Se um objeto é fixado, a criança logo o perde de vista e mostra-se, desta maneira, sem concentração. Objetos que a criança quer ter ou ruídos que se produzem é freqüente causarem desconforto como também efeitos luminosos inesperados. A criança não se acomoda com rapidez a uma modificação, mostrando-se, por causa disto, desconfortamento. Chora estridentemente; ou lamuntosamente, sinalizando desconforto. Outras crianças parecem não irritar-se mais com variações de ordem e desistem; ficam quietas e voltam-se com demasiada rapidez para outras atividades, as quais, se mal sucedidas, são capazes de produzir o mesmo desconforto.

Preensão

Como estas crianças não têm estabilidade suficiente, qualquer que seja a posição, é difícil para elas e preensão motivada (principalmente, na criança flácida). Quando há movimentos viscosos ou padrões tônicos posturais que persistem, a criança desiste da preensão. Toda mobilização causa, então, ansiedade e pânico. Não é possível pegar objetos que estejam fora do alcance da criança porque ela é demasiado instável, incapaz de libertar-se de padrões motores rígidos. A deficiência das reações posturais e das reações de equilíbrio reforçam o desconforto.

O comportamento da criança mostra-se inadequado porque existe um senso espacial errado e só se ajuntam experiências táteis insuficientes. A criança não aprende a reconhecer objetos pela preensão e elabora erradamente sinais, de modo que também as reações parecem *erradas* para os que a cercam. A preensão é insuficientemente regulada, de maneira que se faz fraca ou forte demais. Daí sentirem erradamente os materiais, sendo quase impossível a diferenciação.

Se o recebimento de sinal é errado, a reação pode ajustar-se à situação. A interação com o ambiente torna-se incompreensível e, daí, produz confusão.

Objetos menores não podem ser agarrados, a criança pega-os de lado, com constante insucesso. Muitas crianças desistem, parecendo, então, logo de início, mental-

mente retardadas, embora devessem mostrar padrão evolutivo plenamente normal, se a motricidade estivesse intata.

O objeto a ser pego, às vezes, não é olhado, isto é, não se desenvolve uma coordenação mão-olhos, ou só se desenvolve de forma insuficiente. Experiências espaciais, ou seja, uma visão estereoscópica pode não se desenvolver; os objetos não se destacam de fundo. Podem instalar-se agnosias e, mais tarde, apraxias.

Linguagem e contato social

Linguagem. Se a criança apresentar distúrbios da coordenação bucal não poderá articular as primeiras sílabas duplas, fica impedida a linguagem expressiva. A criança pode aprender auditivamente muito bem, vindo a ter, mais tarde, bom entendimento verbal, mas não pode exprimir os sons, não pode imitar suficientemente bem os sons próprios. Como acontece, muitas vezes, que o tônus da língua esteja aumentado, não sai som algum e a criança parece muda.

Contato social. Freqüentemente, a criança não tem contato com o ambiente por fixação deficiente. O olhar vaga, não se detém para tomar contato com as pessoas referenciais. Estas crianças, às vezes, parecem cegas. Se se acrescentar uma aprendizagem visual deficiente, as pessoas em volta pensam em retardamento e julgam descobrir feições autísticas na criança. Isto me parece merecer especial atenção em crianças com controle da cabeça deficiente ou com instabilidade forte na posição ereta.

O *estranhamento* por demais acentuado, ou o sorriso demasiado desconfortado e a confiança excessiva devem levar a que se observe a criança ainda com mais exatidão. A mãe sente isso de maneira especial e sabe exprimi-lo muito bem. Deve-se escutar com muito cuidado o que ela disser a respeito. A luz e os ruídos não provocam da parte da criança reação correspondente, mas geram desconforto ou indiferença.

Audição e localização de ruídos

A criança não se vira de imediato para a fonte de ruídos, embora se tenha certeza (após controle pelo médico especializado) de que ouve. Os sinais acústicos são, evidentemente, recebidos de forma errada; portanto, não são corretamente elaborados, de modo que é freqüente as reações se mostrarem inadequadas.

Ruídos de tipos diversos não são diferenciados e, de modo geral, também não são imitados corretamente.

Quando se produzem ruídos que para o ouvido das pessoas em volta não são desagradáveis, as reações da criança são diferentes, ela mostra desconforto extremo ou tapa os ouvidos ou chora sem controle.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

A sonorização está ausente ou é insuficiente, há ausência de matizes. A criança chora quase exclusivamente alto, não modula sons. A respiração, a sucção e a deglutição não são coordenadas, a criança engasga-se com frequência e aspira.

Visão e movimentos oculares

Má coordenação dos músculos oculares e estrabismo. Não há boa coordenação mão-olhos, a criança não olha para os objetos que pega ou que lhe são aproximados. Não fixa as pessoas, não lhes sorri, não as observa. Não acompanha objetos nem pessoas, que saem do seu campo visual. A criança pode, por alterações motoras acen-tuadas, não acompanhar nem reconhecer os objetos, se bem que os veja (após con-trole pelo oftalmologista).

Atos da vida cotidiana

A criança não pode pegar com a mão biscoitos ou pão, nem mastigá-los e comê-los, essa negatividade resultando de transtornos da coordenação muscular, não re-conhecimento de coisas comestíveis, deficiência na estabilidade e na coordenação da motricidade corporal. Não bebe nem come da colher; sucção má. Certas crianças mostram intenso desconforto quando se tenta alimentá-las com a colher porque têm distúrbio da sensibilidade oral. Dar resulta muita dificuldade na interação en-tre a criança e a mãe. Há casos em que, infelizmente, não se reconhece que é por isso que as crianças choram e resistem.

Comportamento emocional

O comportamento emocional pode estar intensamente transtornado. Todo não reconhecimento e, daí, o desenvolvimento de frustração materna e filial podem in-fluenciar negativamente no comportamento da criança. A interação negativa entre a mãe e o filho, bem como entre o ambiente e a criança criam nesta emoções negati-vas, que, na maior parte dos casos, colidem com a incompreensão ambiental, o que agüça ainda mais a situação. A criança reconhece e interpreta erradamente os sinais sociais, donde resulta que os elabora também erradamente. O ambiente reage nesta conformidade. Falha o *feedback* positivo, reagindo a criança inadequadamente ou quase não reagindo.

Desenvolvimento

Não há desenvolvimento estabilizante da criança, que não assume a posição ereta, ou, quando muito, apenas insuficientemente a assume. A criança é muito

insegura em todos os setores. Por isto, mostra-se inquieta ou quieta demais, o que, nesta idade, não causa inquietação no ambiente que a cerca. O desenvolvimento mental e o contato social parecem transtornados. Aqueles que cercam a criança têm, às vezes, a impressão de que ela não vê ou não ouve direito, de que existe re-tardo mental, embora não seja este o caso.

Os sinais da criança não parecem adaptar-se à situação; é comum existirem de-masiada inquietação, ou demasiada tranquilidade, daí podendo resultar distúrbio do ritmo sono-vigília. É insuficiente a integração sensorial e motora, o que preju-dica consideravelmente o desenvolvimento posterior. A socialização da criança em relação ao ambiente altera-se, sentindo-a como algo desagradável e negativo, rejeita a criança, que não aprende a autonomizar-se. Devida nitidamente no seu desenvol-vimento, a criança permanece em padrões comportamentais regressivos.

Nono mês - normal Motricidade grosseira

Posições dorsal e ventral: Quase nunca assume esta postura. A criança vira-se para a posição lateral, assim vindo a sentar-se. Às vezes, primeiro passa da posição ventral para a posição de apoio sobre os quatro membros e, depois, voltando-se de lado, para a posição sentada. (Figs. 128 e 129).

Sentar-se: A criança senta-se estavelmente e pode, quando perde o equilíbrio, reagir com contramovimentos de corpo. Pode apoiar-se para diante e para o lado e mostra boa rotação do tronco. Pode assumir atitude simétrica.

Sentada, volta-se sobre o assento em torno do eixo e desliza para diante. Certas crianças conservam durante muito tempo esta forma de locomoção e, por isto, só tarde é que começam a engatinhar. (Figs. 130, 131).

Levantar-se para ficar em pé: A criança levanta-se segurando-se em objetos e já fica em pé com bastante estabilidade. Balanço para cima e para baixo. Segurada, já tem equilíbrio bastante bom. Dá os primeiros passos com apoio. (Fig. 132).



Fig. 128

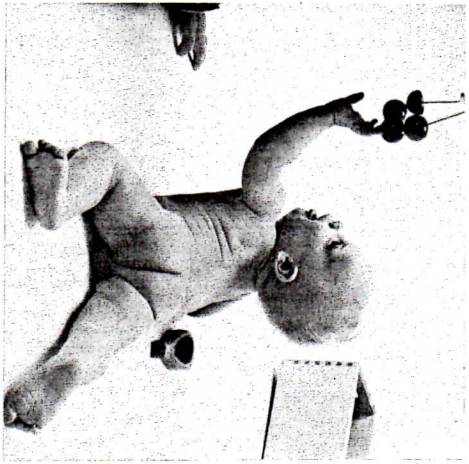


Fig. 129

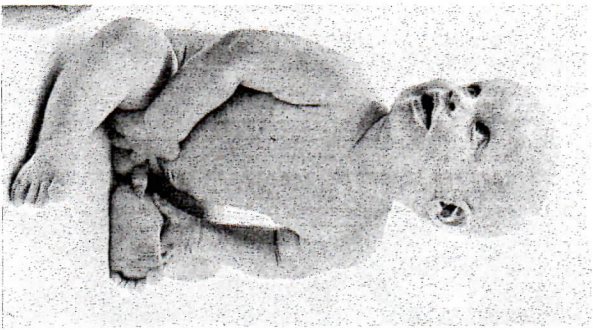


Fig. 130

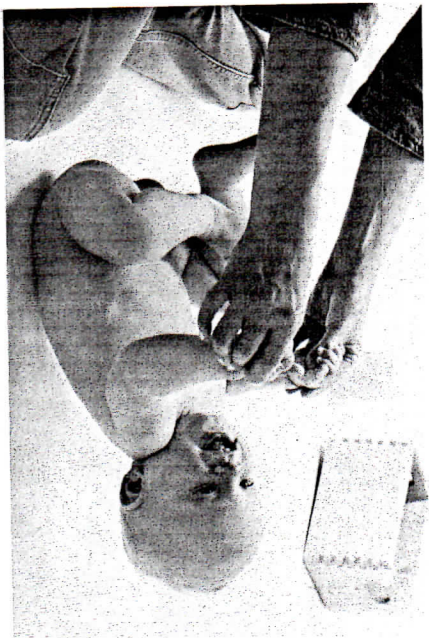


Fig. 131

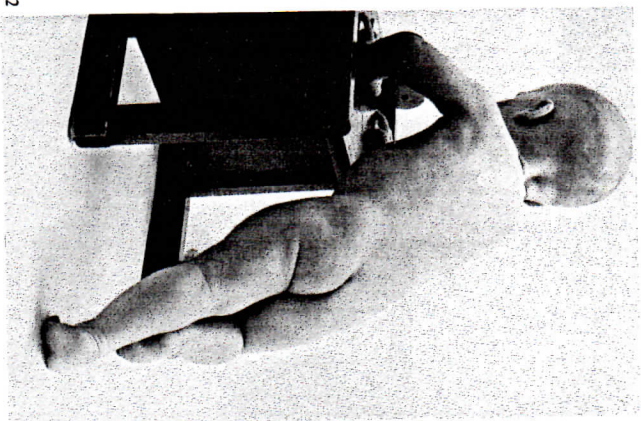


Fig. 132

Engatinhar: A criança, sentada ou em pé, apóia-se sobre os quatro membros. Assim, pode locomover-se com muita rapidez, o que visivelmente lhe dá prazer. Isso também a coloca em perigo, daí a necessidade de cuidados especiais. A criança pode acompanhar a mãe, ou esta tem de acompanhá-la, o que representa dimensão nova da interação. (Figs. 133 e 134).

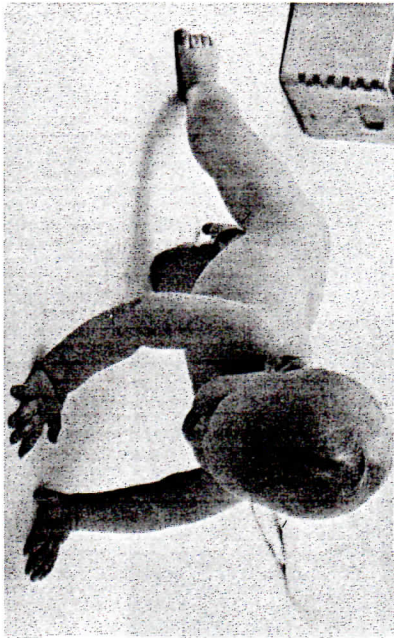


Fig. 133

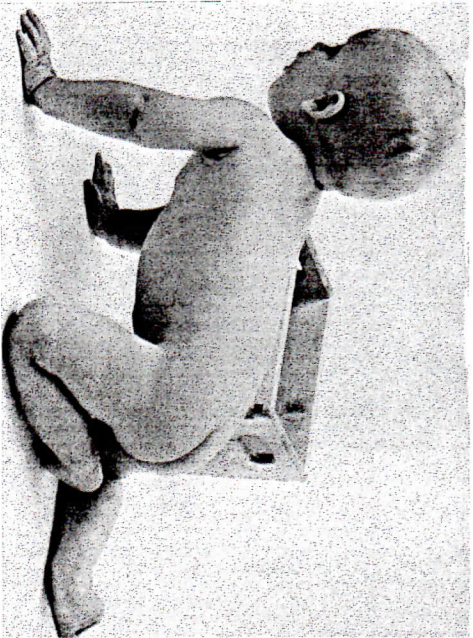


Fig. 134

Posição em pé: A criança fica em pé com apoio e anda ao longo dos móveis. A curto prazo já pode, às vezes, ser largada, caindo, porém, na posição sentada. Oscila quando fica em pé, com ligeira flexão dos joelhos. Por vezes ocorre também flexão do quadril, podendo também ocorrer extensão. Pelo fato de a criança ainda não se locomover com rapidez suficiente na posição ereta, é frequente que passe desta para o engatinhar (Fig. 135).

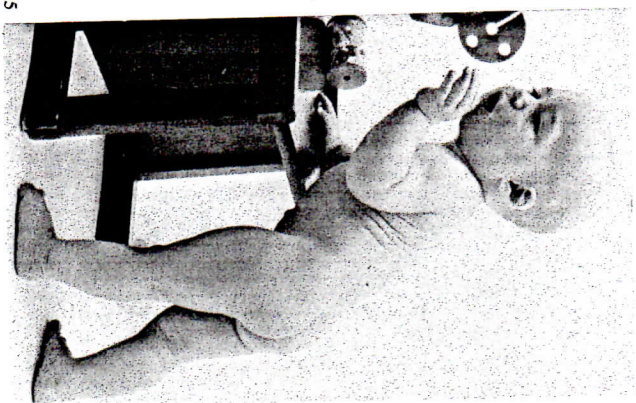


Fig. 135

Tônus postural ou muscular

Pela estabilidade o tônus se regularizou. A criança pode, por isto, realizar movimentos e manter atitude. As articulações são móveis e estão preparadas para a posição ereta. Boa abdução do quadril.

Reações posturais

Boa posição da cabeça no espaço, bom esquema corporal. Quando perde o equilíbrio, a criança coloca-se no espaço mediante contramovimentos, ainda instáveis.

Reações de equilíbrio

Bom equilíbrio nas posições dorsal, ventral e sentada. A criança pode, mediante movimentos, manter ou restabelecer o equilíbrio; pode apoiar-se para diante, para o lado, mas ainda não para trás. Boa disposição para o salto, boa reação de Landau.

Simetria

Atitude simétrica. A criança pode voltar de uma posição assimétrica para uma simétrica. Pode, realmente, manipular as coisas com as duas mãos, já preferindo, porém, nitidamente, uma delas.

Motricidade fina e adaptação

O brinqueado bem agarrado pode ser largado nesta idade, a criança atira-o. Pega pequenos objetos entre o polegar e o indicador (preensão em pinça). Bate com as mãos e faz "an-an-an". Reage a "de que tamanho és?" levantando as mãos para demonstrar que é alta. Ainda não há limite de altura. Interessa-se por estímulos mais finos, como o tique-taque de relógio e o ruído telefônico. Indica figuras com o dedo. Já tenta segurando com as duas mãos manter uma xícara da qual bebe. Tira coisas da cabeça (por exemplo, um pano).

Preensão

Agarra objetos em todas as posições nas quais tem equilíbrio. Atinge objetos mesmo fora do seu alcance. As mãos estão abertas e os dedos preparados para atividades mais finas. A criança olha para as coisas que pega. As mãos juntam-se na linha média; brinca com as mãos, os pés, o corpo inteiro, assim aprendendo a conhecê-lo. Apalpa e toca objetos, aprende a conhecer e distinguir materiais e respectivas superfícies agradáveis e desagradáveis; mostra, então, reações de agrado e desagrado.

Pega em objetos pequenos com o polegar e o indicador, na preensão em pinça. Boa supinação com ombros móveis. Boa extensão para diante e para o lado.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança diz sílabas duplas e imita sons que ouve ou que ela própria faz. *Conta* muito e de bom grado. Começa a sussurrar, isto é, a modular a sua voz. Atividade de ponta de língua.

Contato social: Contato visual bom, a criança sorri e olha amistosamente para as pessoas, quando não tem medo. Entende perguntas simples. Se lhe perguntam "onde está a mamãe?", olha na direção desta. Observa os estranhos com ceticismo. Toda interferência no que deseja é respondida com choro. Recusa o contato social, quando não o quer. Pode-se, contudo, distraí-la. Esconde-se atrás de objetos, enfia objetos em vasos e tira-os para fora.

Audição e localização de ruídos

A criança presta atenção a ruídos e vira-se de onde vêm. Distingue qualidades sonoras. Reage com descontento a sons desagradáveis. Ouve os seus próprios ruídos e imita-os; imita também ruídos externos.

Sonorização no que diz respeito à respiração, sucção e deglutição

Boa sonorização com matizes. Repetição e modificação de ruído. A criança chora alto e baixo conforme a necessidade para fazer-se compreendida pelos que a cercam. Respiração, sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

Boa coordenação dos músculos oculares. Boa coordenação mão-olhos. A criança olha para pessoas e objetos. Observa objetos que tem nas mãos. Acompanha em todos os planos. Não há estrabismo.

Atos da vida cotidiana

A criança começa a pegar a colher com a mão, beber de uma xícara que lhe é apresentada e pode segurá-la com ambas as mãos. Come biscitos. Come de colher. Já se deixa sentar, às vezes, no urinol; ainda não há desenvolvimento do assoio.

Comportamento emocional

Bom contato visual. O contato social é bom. A criança mostra-se ansiosa apenas quando há motivo. Não deixa de bom grado que peguem nela e exterioriza com clareza e decisão as suas vontades. Seleciona as suas pessoas referenciais e recusa contatos que não deseja. Reage a "não" e "sim".

Entretanto, já aprendeu a lidar com os adultos, já lhes descobriu pontos fracos. É curiosa e diverte-se com as suas descobertas, o que, em certas condições, pode ser perigoso, exigindo maior vigilância materna. A criança mostra-se grata a toda colaboração no sentido de alcançar o que deseja, na medida em que se lhe ajuste às necessidades.

Desenvolvimento

A criança tornou-se mais estável e já fica bastante bem na posição ereta. Melhoram os estádios motores intermediários. A criança ergue-se para ficar em pé e tenta, ainda sem segurança, mover-se para o lado. Explora o ambiente. A criança desenvolve-se mentalmente, pela capacidade de alterar a sua posição no espaço. Move-se constantemente para alcançar alguma coisa. Diverte-se em integrar-se com o meio ambiente. A mãe recebe sinais que lhe possibilitam autonomizar a criança. Tem de estar sempre presente; porque, caso contrário, a criança pode machucar-se. Aproxima-se de tudo, quer tudo conhecer.

Aprende todos os truques capazes de atrair as pessoas que a cercam, que devem ajudá-la a ampliar o seu campo de ação. Gostaria, contudo, de fazer, agora, muita coisa sozinha; sua autonomia maior ou menor depende do estímulo ambiental.

Décimo mês - normal Motricidade grosseira

Posições dorsal e ventral. Algumas crianças dormem em posição dorsal, outras em posição ventral, o que não representa, contudo, papel algum no exame quando a posição dorsal é rejeitada, deixa de ser assumida, é sentida como desagradável. A criança vira-se imediatamente dos dois lados. Dá passagem para a posição sentada; às vezes, também passando pela posição de apoio sobre os 4 membros. Desta posição a criança chega a engatinhar (Fig. 136).

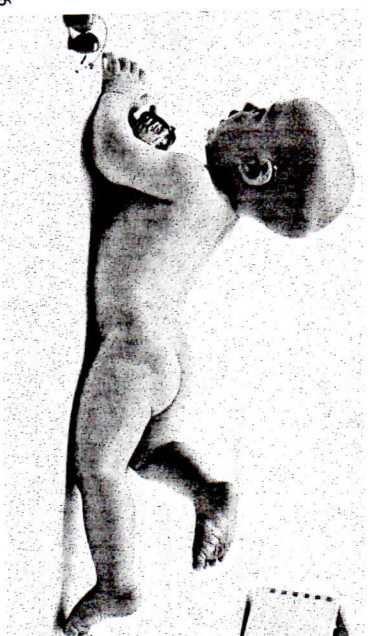


Fig. 136

Levantar-se para sentar-se: A criança levanta-se para sentar-se e atinge esta posição mesmo sem ajuda. (Figs. 137 e 138).

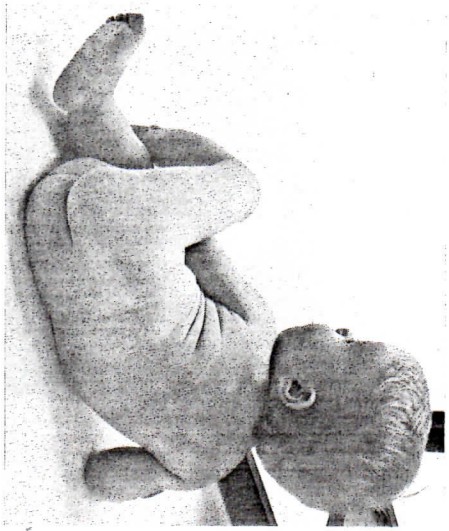


Fig. 137



Fig. 138

Sentar-se: A criança senta-se sozinha, com bom equilíbrio. Apóia-se para diante, para o lado e para trás. Boa rotação. Atitude simétrica possível. A criança desliza para diante em redor do próprio eixo (Fig. 139).



Fig. 139

Levantar-se para ficar em pé: A criança ergue-se segurando-se em objetos, mas também já pode, às vezes, ficar em pé sozinha. Segura por alguém, fica em pé com bastante estabilidade e anda ao longo de objetos (Fig. 140).

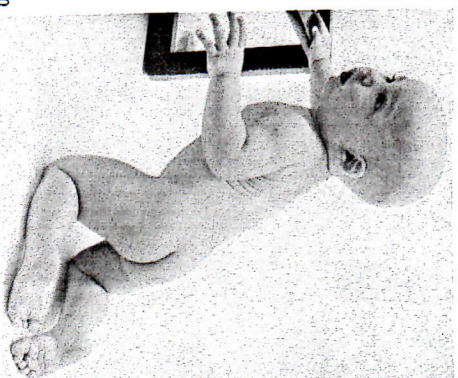


Fig. 140

Engatinhamento: A criança pode engatinhar com rapidez e boa rotação. De sentada e em pé passa para a posição de apoio sobre os 4 membros. Este tipo de movimento para diante é bem observado pelas pessoas que a cercam porque ela se coloca a todo instante em perigo, querendo pegar em tudo (Figs. 141 e 142).

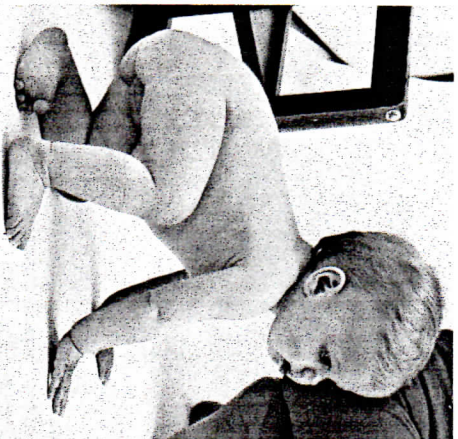


Fig. 141

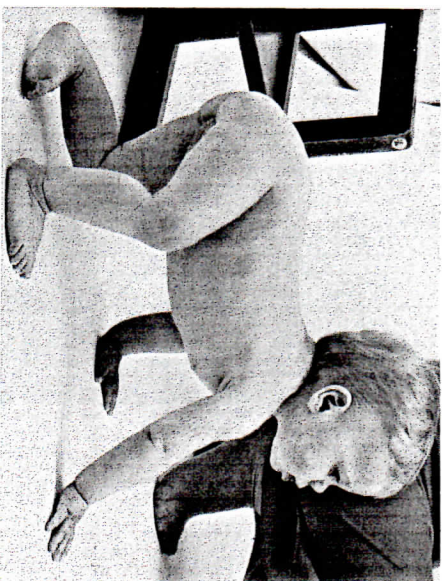


Fig. 142

236

Posição em pé: Às vezes, a criança já se larga, mas ainda não pode dar nenhum passo. Na maior parte das vezes, anda ao longo dos móveis. Já é bem estável. Da posição em pé já se senta com bons estádios motores intermediários. Da posição em pé passa com freqüência para o engatinhar (Fig. 143).

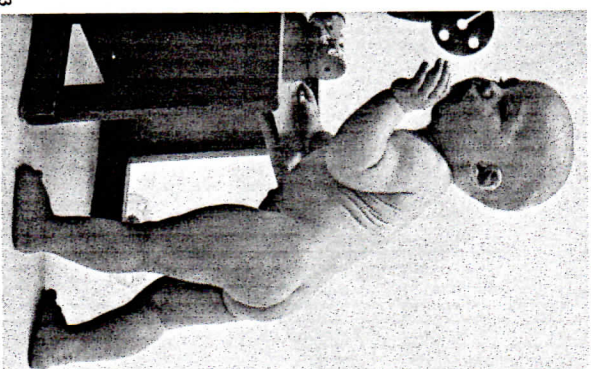


Fig. 143

Tônus postural ou muscular

Boa regulação tônica, correspondente à tensão que se deseja para funcionar do ponto de vista motor. As articulações independentes da gravidade estão bem preparadas para a posição ereta e para a marcha. Os estádios motores intermediários dependem de um tônus bem regulado. Boa abdução do quadril.

Reações posturais

Boas reações posturais no espaço.

237

quando tem motivo visível. Não deixa de bom grado que peguem nela e manifesta as suas vontades de forma clara e decisiva. Seleciona as suas pessoas referenciadas e recusa contatos que não deseja. Reage a "não" e "sim". Já aprendeu a lidar com os adultos, já lhes descobriu pontos fracos.

É curiosa, diverte-se com as descobertas que faz, o que, em certas condições, pode ser perigoso, obrigando a maior vigilância por parte da mãe. Mostra-se grata a qualquer colaboração que se lhe ajuste às necessidades.

Desenvolvimento

Esta idade é estágio intermediário da horizontal para a vertical ainda instável. Os estádios intermediários melhoram, tornam-se mais estáveis. A criança fica em pé e tenta largar-se. Anda ao longo dos móveis, engatinha. Começa, por isto, a inquietar o ambiente, já não se pode deixá-la só, tem-se de prestar-lhe muita atenção porque pega e rasga tudo.

Esta é, contudo, a possibilidade que lhe é dada de conhecer o seu ambiente, cujos membros estão sempre apresentando alguma coisa que ela exige. Aprende muitíssimo e rapidamente nesta idade. Os preparativos para a marcha ereta e para a linguagem já decorreram. A criança começa a mover-se nesta posição ereta e aplica a linguagem que aprendeu. Presta atenção a ruídos e faz ela própria ruídos. Torna-se mais autônoma quanto ao que quer. Os seus contatos ambientais diferenciam-se mais; ela seleciona-os e reage com emoções, que têm o efeito de sinais para o ambiente.

31 Décimo segundo mês - normal Motricidade grosseira

Posições de decúbito dorsal e ventral: mantidas, no máximo, durante o sono, porém não no estado de vigília, a posição de decúbito dorsal é mesmo desagradável para a criança. Ela se vira para ambos os lados, e senta-se, primeiro de lado. Engatinha a partir do apoio sobre os quatro membros.

Levantar-se para sentar-se: A criança levanta-se para sentar-se; mesmo sem que a segurem, fica sentada, fazendo meia-volta.

Sentar-se: A criança senta-se livremente com bom equilíbrio e pode apoiar-se para todos os lados. Boa posição sentada permanente, com quadril fletido e dorso estendido. Pernas em rotação externa. Boa rotação, atitude simétrica (Fig. 144).



Fig. 144

Reações de equilíbrio

Bom equilíbrio tanto nas posições dorsal e ventral quanto na sentada; não há ainda reações de equilíbrio na posição em pé. Boas reações quando se perde o equilíbrio. Bom apeto.

Simetria

Atitude simétrica possível constantemente. A criança passa da assimetria para a simetria. Manipula com as duas mãos, mas prefere claramente uma delas.

Motricidade fina e adaptação

Já alcança um brinquedo mais distante e também já o larga. Atira o brinquedo para baixo e espera que o adulto o levante para recomençar a brincadeira. A criança pega em pequenos objetos com o polegar e o indicador (preensão em pinça).

Tira os objetos de uma caixa e torna a colocá-los. Ainda não acha objetos que hajam sido escondidos de sua vista. Interessa-se por estímulos mais finos, como o tique-taque de um relógio. Brinca de bom grado com o telefone, mas apenas escuta nele. Já brinca bastante concentrada com cubos e outros objetos parecidos. Bebe da xícara e pega-a com as mãos quando lhe é apresentada.

Preensão

Agarra objetos em todas as posições nas quais tem equilíbrio e os atinge mesmo que estejam fora do seu alcance. As mãos estão abertas, os dedos livres para atividades mais finas.

A criança olha para aquilo que pega. As mãos juntam-se na linha média; brinca com elas, com os pés e com o corpo inteiro; já o conhece melhor. Apalpa e toca objetos, aprende a conhecer materiais, a distinguir superfícies tanto agradáveis quanto desagradáveis; mostra reações de conforto e desconforto.

Agarra objetos estreitos com o polegar e o indicador fletido em preensão de pinça. Boa supinação, com ombro livremente móvel. Troca de objetos de uma mão para a outra (coordenação motora). Boa extensão para diante, para o lado e para trás.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança diz sílabas dobradas em cadeia, "mamã" e "papá" ainda indiferentemente de maneira inespecífica. Reage ao seu nome e a convites ("me

dá . . ."). Imita sons que ela própria faz e que ouve; *conta* muito e de bom grado. Modula a voz alto e baixo, sussura. Brinca com a língua e com a saliva para produzir ruídos.

Contato social: Começa a entender se ralharam ou elogiam. Faz o que a mãe quer e é por ela elogiada. Quando quer fazer alguma coisa pela qual foi reprimida, emprega truques. Reage a convites com os recursos de que dispõe na sua idade; por exemplo, olhar para as pessoas ou as coisas. Os estranhos são observados com ceticismo, mas a tomada de contato é franca. Ri alto ou sorri, mas recusa o contato que não deseje ou que lhe é desagradável. Manifesta conforto e desconforto. Pode-se entretê-la facilmente.

A criança esconde-se, isto é, começa a brincar com os outros, e não apenas sozinha.

Audição e localização de ruídos

Presta atenção quando ouve ruídos, volta-se para donde eles vêm. Distingue qualidades. Responde a sons desagradáveis com desconforto. Ouve os seus próprios ruídos e imita-os, como imita ruídos exteriores.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

Boa coordenação dos músculos oculares. Boa coordenação motora-visual. Olha chora baixinho e alto conforme a necessidade para fazer-se entender pelos que a cercam. Sons *narrativos*. Boa respiração, sucção e deglutição coordenadas.

Visão e movimentos oculares

Boa coordenação dos músculos oculares. Boa coordenação mãos-olhos, no original. Olha para as pessoas e objetos. Observa o que tem nas mãos; acompanha-se em todos os planos. Não há estrabismo.

Atos da vida cotidiana

A criança pega na colher para comer sozinha, mas tem ainda de receber a comida na boca. Bebe da xícara que lhe é apresentada e pega-a com as duas mãos. Bebe sozinha, come biscoitos. Já se deixa colocar no urinol. Não há ainda controle da bexiga.

Comportamento emocional

Bom contato visual. É bom o contato social. A criança só se mostra ansiosa

Levantar-se para ficar em pé: A criança pode erguer-se para ficar em pé, mas, às vezes, fica nesta posição, mesmo sem que a segurem, livremente; às vezes, passando pela posição de *urso*. Certas crianças já podem, da posição em pé, embora ainda sem equilíbrio, mover-se para diante (poucos passos). Andam ao longo dos móveis e, aiás, já bem depressa. Daí passam de bom grado para a posição de engatinhar; engatinham com rapidez (Fig. 145).

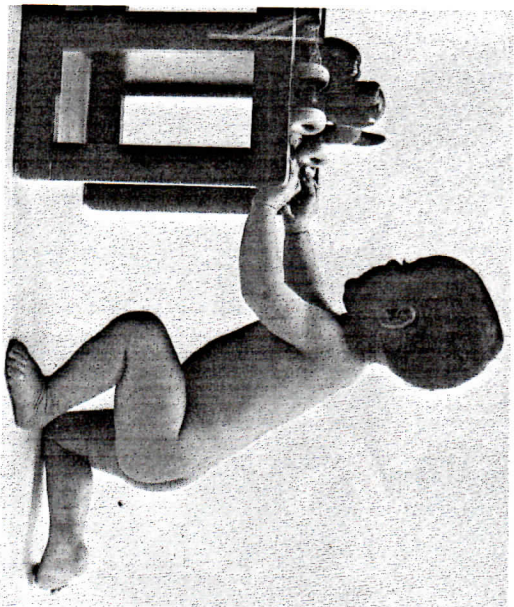


Fig. 145

242

Engatinhar: A criança engatinha com rotação e equilíbrio. Prefere ainda esta locomoção mais rápida. Desta atitude senta-se e fica em pé. Este tipo de locomoção é perigoso e os que a rodeiam têm de prestar muita atenção para que nada aconteça à criança (Figs. 146 e 147).

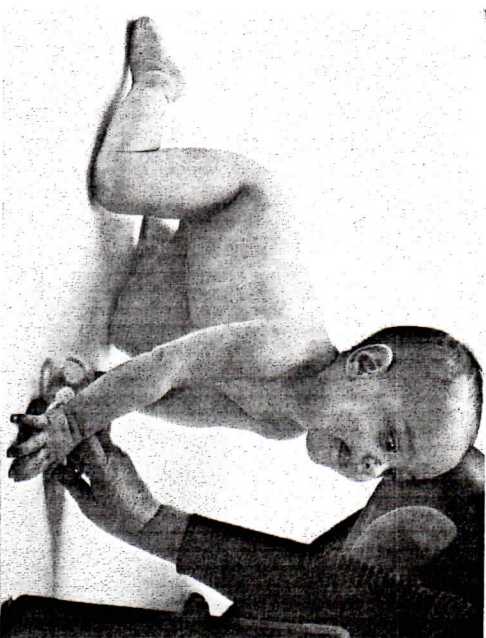


Fig. 146

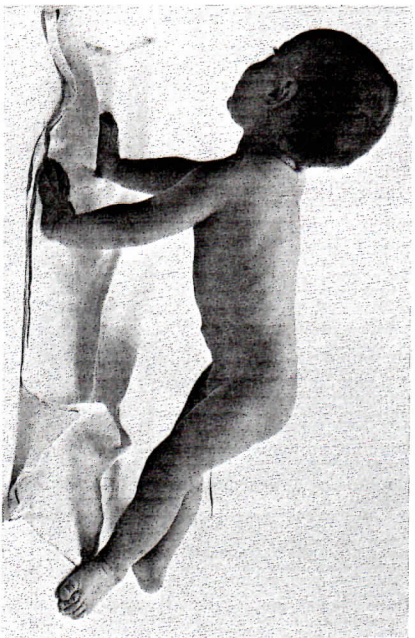


Fig. 147

243

Ficar em pé e andar. Fica em pé livremente, embora ainda sem equilíbrio e, muitas vezes, ainda sem a possibilidade de locomover-se nesta posição. As vezes, dá alguns passos inseguros (algumas crianças já andam, embora ainda inseguras, sobre base larga). Quando se sentam, já há estádios motores intermediários bastante bons (Fig. 148).

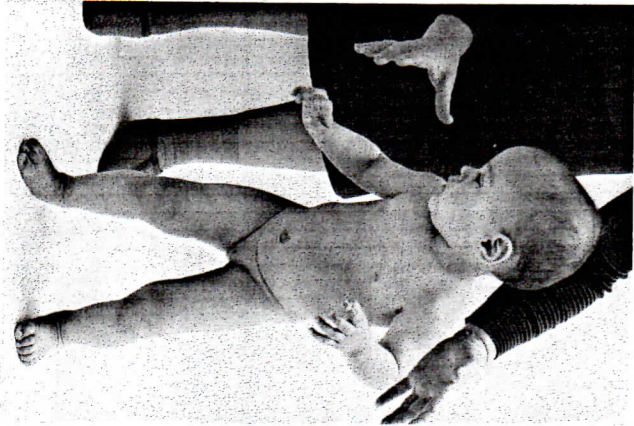


Fig. 148

244

Tônus postural ou muscular

O tônus é regulado de maneira que a criança, embora ainda com equilíbrio deficiente, possa funcionar bem sob o ponto de vista motor. As articulações, dependentes da gravidade, estão bem preparadas para a posição ereta. Já há estádios motores intermediários bastante bons. Boa abdução do quadril.

Reações posturais

Boas reações posturais no espaço (Figs. 149 e 150).

Figs. 149 e 150



245

Reações de equilíbrio

Bom equilíbrio nas posições dorsal, ventral, sentada e no engatinhamento. Na posição em pé, ainda há insegurança. Boas reações quando se perde o equilíbrio, bom apoio (Fig. 151).

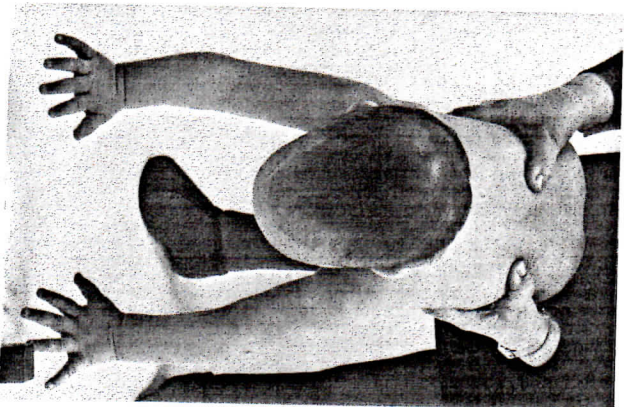


Fig. 151

Motricidade fina e adaptação

A criança tira brinquedos de uma caixa e torna a colocá-los no lugar. Apanha brinquedos que estão longe e larga-os; acha brinquedos escondidos; deixa cair pequenos objetos por uma abertura estreita; de uma mamadeira, por exemplo. Puxa brinquedos para junto de si, mesmo que estejam atrás.

Tira objetos de um recipiente e coloca-os de novo onde estavam. Pega uma moeda com o polegar e o indicador em preensão de pinça. Até migalhas e fiapos mínimos são apanhados com habilidade. A criança bebe da xícara sozinha, se lhe põem na mão.

Brinca de bom grado com o telefone, escuta no fone e interessa-se por estímulos mais finos: o tique-taque do relógio, por exemplo.

Brinca concentrada e coloca um cubo em cima de outro. Bate dois cubos um contra o outro.

Preensão

Agarra objetos em todas as posições nas quais se equilibra. Atinge objetos mesmo distantes. As mãos estão abertas e os dedos livres para atividades mais finas.

A criança olha para aquilo que pega. As mãos juntam-se na linha média; brinca com elas, com os pés, com o corpo todo. Apanha e toca objetos; aprende a reconhecer materiais e também a distinguir superfícies agradáveis e desagradáveis, mostrando reações de conforto e desconforto.

Agarra objetos estreitos com o polegar e o indicador em preensão de pinça. Boa supinação com ombros livremente móveis. Troca de objetos de uma mão para a outra, ultrapassando a linha média (coordenação mão-mão).

Boa extensão do braço para diante, para o lado e para trás.

Linguagem e contato social

Linguagem: 1-3 palavras com sentidos: por exemplo, *papá* (comer) *au-au* (cão), *queque* (quero). Diz *papá* e *mamá* corretamente. Reage ao seu nome e a convites como "me dá"; a curto prazo, reage a intimidações como "não" e "sim". Imita sons que ela própria faz e que ouve. *Corta* muito e de bom grado. Modula a voz em alto e baixo, sussura. Brinca com a língua e com a saliva para produzir ruídos. Compreensão bastante boa da fala.

Contato social: Entende quando a repreendem e elogiam. Faz o que a mão quer para satisfazê-la, quando a ama, mas tem vontades próprias, já usa truques para rea-

lizá-las. Observa bastante bem quando irrita os que a cercam. Serve-se bastante bem da sua posição como criatura desamparada. Reage a convites com os meios de que dispõe nesta idade; por exemplo, olhando etc. Observa com ceticismo os estranhos, mas a tomada de contato é franca. Ri alto ou sorri, mas recusa contato quando não o deseja, ou quando lhe é desagradável. Manifesta conforto e desconforto. Os adultos podem distraí-la, mas têm de adaptar-se às suas necessidades. Manifesta com clareza o que quer sem chorar. Brinca com as pessoas, desloca uma bola para cá e para lá. Brinca de *esconder*, olha satisfeita para um espelho, reconhece-se a si mesma e outras pessoas. Algumas crianças já tentam comer sozinhas com a colher e conseguem-no. Brinca com os outros e não apenas sozinha.

Audição e localização de ruídos

Presta atenção quando ouve ruídos e vira-se para donde vêm. Distingue qualidades.

Responde a sons desagradáveis com desconforto. Ouve os seus próprios ruídos e imita-os. Imitação de ruídos externos. Primeiras palavras.

Atos da vida cotidiana

A criança toma a colher para comer sozinha, mas tem de receber a comida na boca. Bebe da xicara que lhe é apresentada e pega nela com as duas mãos. Bebe dela sozinha. Come pão e biscoitos.

Deixa que a coloquem no urinol. O desenvolvimento do asseio depende das idéias dos pais. Começa a controlar a bexiga.

Comportamento emocional

Bom contato visual, bom contato social. A criança mostra-se ansiosa quando tem motivo visível. Não deixa de bom grado que peguem nela e manifesta o que quer com clareza e decisão. Seleciona as suas pessoas referenciais e recusa os contatos que não deseja. Já aprendeu a lidar com os adultos e já lhes descobriu fraquezas. É curiosa e diverte-se com o que descobre, o que pode ser perigoso, em certas condições, provocando aumento da vigilância materna. É grata a toda colaboração que se ajuste às suas necessidades.

Desenvolvimento

A criança, embora ainda não de modo absoluto, tornou-se mais estável na posição ereta. Os estádios motores intermediários melhoraram, de modo geral. A criança pode levantar-se para ficar em pé e dar uns passos, embora ainda insegura em base larga.

Para locomoção ainda engatinha, é certo; tenta, contudo, caminhar com mais frequência na posição ereta. Já não se pode deixá-la só porque pega e rasga tudo, o que é, porém, a maneira que tem para explorar o ambiente em que vive. As pessoas que a cercam estão sempre dando-lhe alguma coisa conforme ela exige. Nesta idade, aprende muitíssimo e depressa. Os preparativos para a fala se realizaram. Já começa a falar. Torna-se mais autónoma, o que lhe agrada muito. Os contatos com o meio ambiente diferenciam-se, ela seleciona e reage com emoções, que têm efeito de sinais para o ambiente.

Décimo quinto mês - normal Motricidade grosseira

Posições dorsal e ventral: Não as mantém como atitude. A criança vira-se de ambos os lados, senta-se (primeteiro de lado), engatinha e fica em pé, passando pela posição de apoio sobre os 4 membros e pela posição de *urso* (apoio sobre os 2 membros inferiores com oscilações). Anda livremente na maior parte dos casos, embora ainda insegura, de pernas abertas.

Sentar-se: A criança senta-se com equilíbrio muito bem e pode apoiar-se de todos os lados. Fica bem sentada muito tempo, com quadril fletido e dorso estendido. Pernas em rotação externa. Boa rotação, atitude simétrica (Fig. 152).

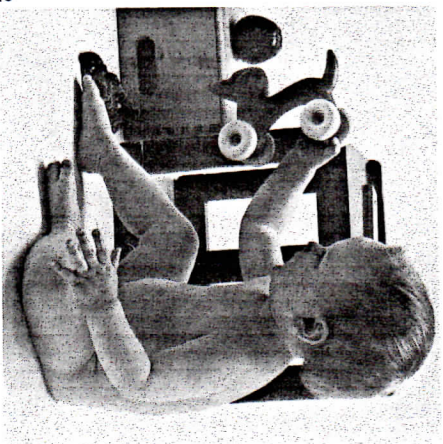


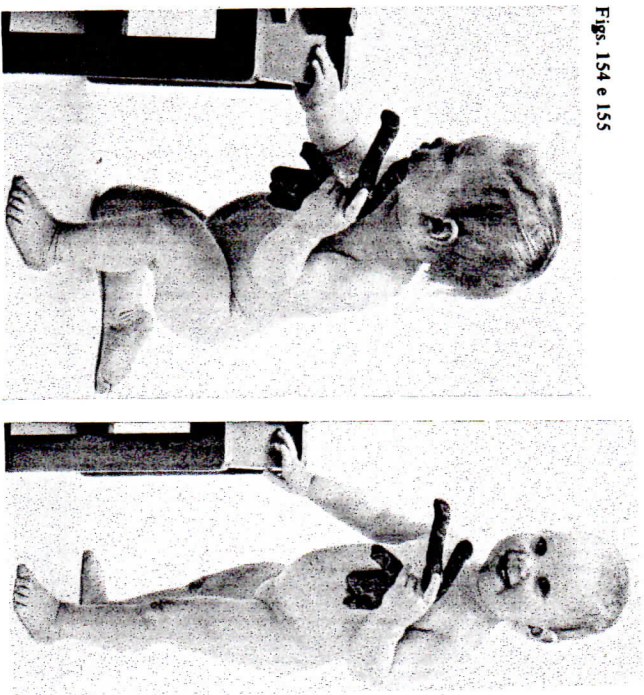
Fig. 152

Engatinhar: O engatinhar já não é o recurso mais usado para se locomover, mas pode ser utilizado, é coordenado (Fig. 153).



Fig. 153

Posição em pé: A criança fica em pé e pode passar desta para outra posição. Pode deslocar o seu peso e adaptar-se bem à modificação da sua posição no espaço. (Figs. 154 e 155).



Figs. 154 e 155

Marcha. A criança pode caminhar livremente, com o sentido de equilíbrio ainda não inteiramente dominado. As vezes também de pernas abertas, 75% das crianças podem caminhar nesta idade. Seguram um objeto na mão (com as duas mãos), estendem os braços para agarrar alguma coisa. As pernas ainda são, às vezes, rodadas internamente, daí dirigem-se para dentro os pés. A criança pode até tropeçar nos próprios pés. Estes assentam sobre o suporte sem arqueamento plantar, o qual, contudo, já pode existir ao exame. As articulações movem-se livremente.

Tônus postural ou muscular

Normal

Reações Posturais

Boas em todas as posições (Fig. 156).



Fig. 156

Reações de equilíbrio

Bom equilíbrio na posição deitada e sentada; já bastante bom na posição em pé e no caminhar; este último ainda instável. A criança apóia-se bem.

Motricidade fina e adaptação

A criança aproxima-se dos objetos, graças à capacidade de caminhar, e pega neles. Imita o trabalho caseiro da mãe e já executa pequenas tarefas. Come sozinho com a colher, mas ainda derruba o alimento. Depe a primeira peça de vestuário. Rabisca quando lhe dão um lápis. Constrói uma torre com dois cubos. Põe brinquedos na caixa e tira-os para fora. Puxa brinquedos para si mesmo que estejam atrás. Arruma objetos, mas ainda sem ordem, atirando-os todos de uma vez. Apanha com habilidade migalhas e fiapos. Bebe na xícara. Já brinca bastante concentrada e junta cubos.

Preensão

Agarra objetos em todas as posições nas quais se equilibra. Atinge objetos distantes. As mãos estão abertas em supinação, os dedos livremente móveis e estendidos para atividades mais finas. Boa coordenação mãos-olhos e mão-mão. As mãos juntam-se na linha média. A criança pode apanhar objetos mais finos com o polegar e o indicador (preensão em pinça); já folheia um livro com bastante jeito, mas com movimentos ainda, às vezes, que o ultrapassam. Ombros livremente móveis; os braços estendem-se bem.

A criança apalpa com jeito, distingue materiais e superfícies. Mostra, nestas ocasiões, conforto e desconforto.

Linguagem e contato social

Linguagem: Diz *papá* e *mamá* especificamente e, às vezes, mais palavras. Boa compreensão do que lhe dizem. Dá na mão, a mão que os objetos apanhou. Reage ao seu nome e compreende "sim" e, não". Diz palavras com sentido: *papá* (comer), *ai-ai* (cão), *que-que* (quero). Imita bem ruídos, por exemplo, de motores. Tenta cantar, modificando a entonação, sussura.

Contato social: Entende bastante bem o que o adulto quer dela e compreende se a elogiam ou a repreendem. Articula desejos próprios e faz-se entender, às vezes, por meio de truques. Reage a convites e atende-os. Os êxitos numa tarefa fazem-na orgulhosa. Toma contato por si mesma e recusa-os quando não lhe agradam. Ri e chora. Manifesta conforto e desconforto. Deixa que a distraiam, quando as pessoas se lhe ajustam às necessidades.

Brinca de esconder e com outras crianças. Mostra-se disposta a brincar adequadamente com os adultos. Come à mesa com os outros, quando se senta de maneira correta. Pega na colher e come quase sem deixar cair comida.

Audição e localização de ruídos

Boa capacidade de ouvir e de localizar ruídos.

Atos da vida cotidiana

Come com a colher e bebe da xícara. Come pão, sozinha, mas sujando-se. Deixa que a coloquem no urinol e compreende que tem de aprender a controlar a bexiga. Como este processo de aprendizagem se associa estreitamente a componentes psíquicos (relação mãe-filho), é preciso prudência quando se fornecem dados a respeito do desenvolvimento do asseio.

Comportamento emocional

Ajustado.

Desenvolvimento

É certo que a criança ainda não é estável na posição ereta, mas locomove-se bem e investiga o seu ambiente. Os estádios motores intermediários melhoraram consideravelmente. A criança já pode, quando se desloca livremente, abaixar-se e levantar do chão um objeto.

Não se pode mais deixá-la só porque pega em tudo, tudo experimenta. Dia a dia aprende novidades e conhece o seu ambiente.

O desenvolvimento da fala ocupa o primeiro plano nesta idade; daí ampliarem-se as dimensões para a criança.

A percepção nas áreas acústica, visual e tátil-cinestésica tende a integrar-se (Figs. 157 a 162).

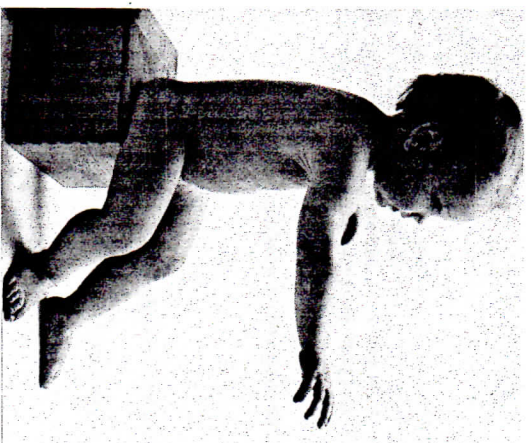


Fig. 157

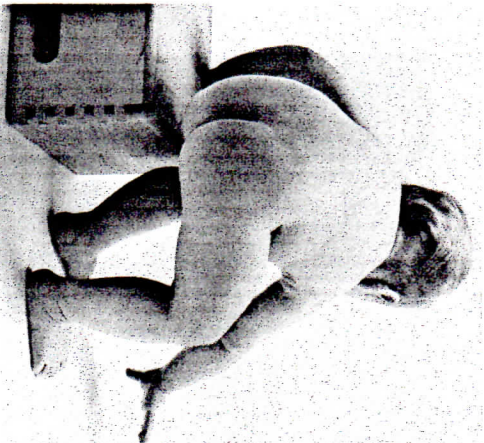


Fig. 158

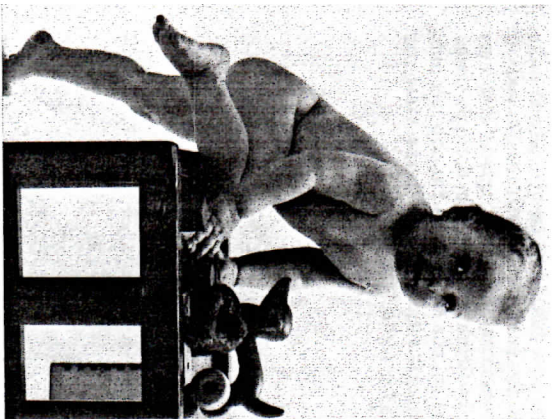


Fig. 159

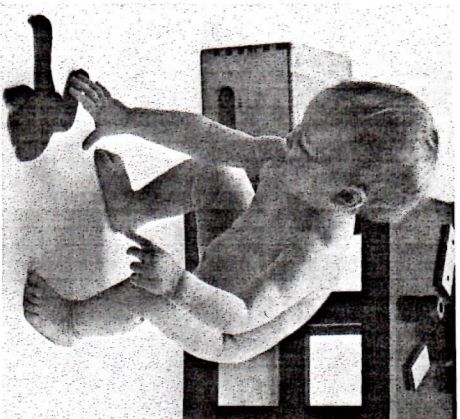


Fig. 160

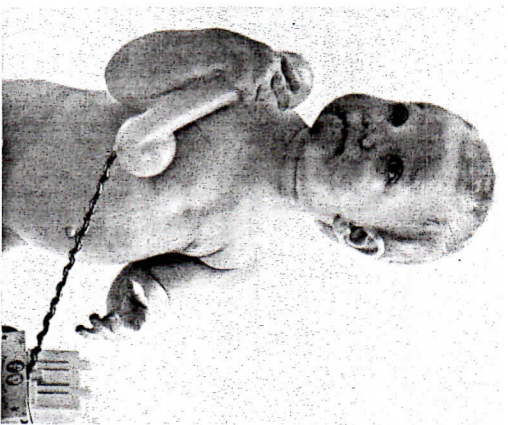


Fig. 161

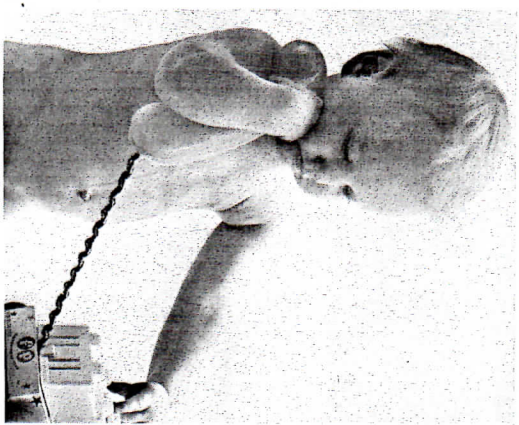


Fig. 162

Anormalidade

Motricidade grosseira

Posições dorsal e ventral. Se a criança persiste nestas posições mostra fixação nítida de padrões tónicos. Demasiada extensão na posição dorsal, demasiada flexão na posição ventral. Conforme a preferência, persiste o padrão; tônus mais forte ou mais forte tônus extensor. Atitude assimétrica. A criança não pode virar-se de um lado para outro, ou só o consegue muito mal. A cabeça ergue-se mal ou insuficientemente. Paredes abdominais flácidas (Figs. 163 e 164).

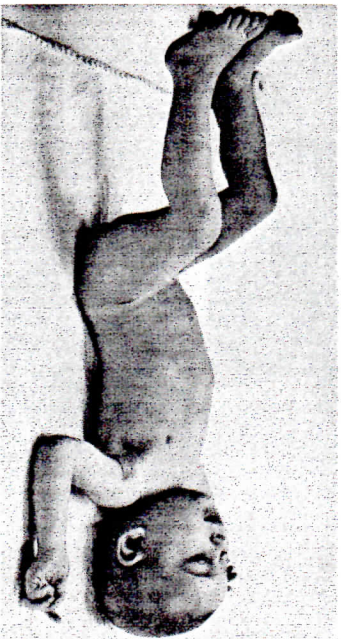


Fig. 163

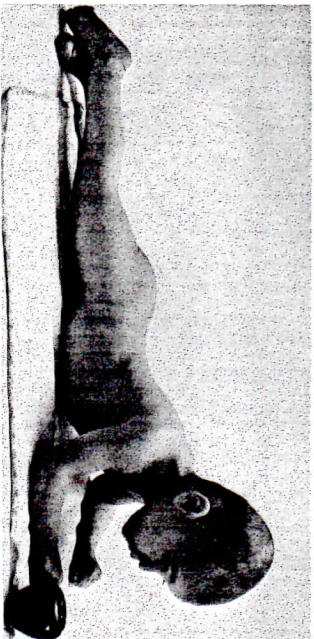


Fig. 164

Sentar-se. A criança só pode sentar-se com dificuldade ou nem mesmo assim. Sentada, é instável e não se apóia para os dois lados de maneira ótima, às vezes, só para diante, relesando-se. Fica sentada com inibição flexiva do quadril e encurvamento compensatório do dorso; às vezes, há flacidez também com dorso particularmente reto, por super-regulação. Há vezes em que existe dorso curvado sem inibição flexiva do quadril. Pernas muito fortemente extra-rotadas ou intra-rotadas, com abdução. Rotação má e atitude assimétrica frequente (Fig. 165).

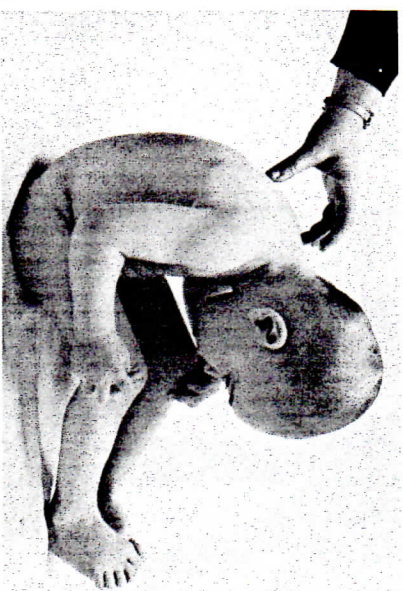


Fig. 165

Engatinhamento: Não é possível o engatinhamento porque a criança é demasiado flácida, portanto, sem boa rotação. Os braços, principalmente nas diplegias, funcionam melhor que as pernas. Quando existem tetraparesias muito ligeiras, o reflexo tônico-nuclal assimétrico ainda atua, às vezes, o que não permite o engatinhamento coordenado; o mesmo acontece quando persistem o reflexo tônico-nuclal simétrico ou o reflexo tônico-labiríntico (Fig. 166).

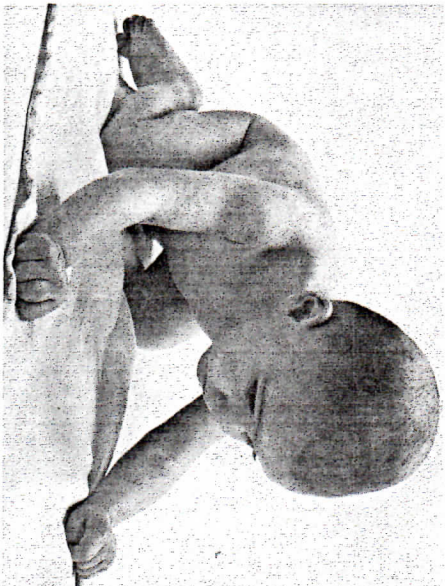


Fig. 166

Posição em pé: Ocasionalmente, a criança pode, embora com grande esforço, pôr-se em pé apoiada a objetos. Nas crianças flácidas, forte co-contracção com joelhos recurvados. Estádios motores intermédios dificultados. O peso não pode ser deslocado suficientemente bem; daí surgem transtornos do equilíbrio. A posição em pé sem alguém que segure a criança já é, às vezes, possível, embora ainda insegura (Fig. 167).

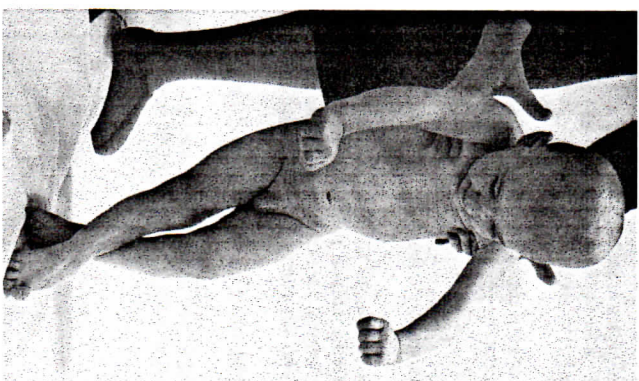


Fig. 167

Marcha: A criança que varia da evolução normal não pode caminhar porque ainda não mantém o equilíbrio na posição ereta. Padrões tônicos posturais o impedem em muitos casos. A marcha segura só é possível quando a criança tem equilíbrio na posição em pé.

Certas crianças mantêm-se eretas, embora o seu tônus não seja regulado suficientemente bem. São, por isso, muito descoordenadas e caem com facilidade, isto é, caminham, mas caem para diante e têm de segurar-se a um objeto para firmar-se.

É freqüente os pés mostrarem forte intra-rotação, o que se compreende pela rotação deficiente do quadril, interpretando-se isso como sinal de imaturidade. Imaturidade geral só existe, contudo, quando a criança é, quanto ao mais, simétrica e não mostra quaisquer alterações tônicas. Os pés estão, muitas vezes, em posição chato-valga acentuada, se bem que exista dos dois lados a abóbada em boas condições. A articulação tibiotársica não parece estar suficientemente bem preparada para a posição ereta.

O quadril mostra-se, com freqüência, também amplamente abduzível, instável. As articulações dependentes da gravidade são frouxas.

Tônus postural ou muscular

Há, quanto ao tônus básico, hipertonia, hipotonia ou alternância, o que influi sobre a estabilidade na posição ereta. Mobilidade alterada das articulações. A atitude e respectiva manutenção estão prejudicadas. Os estádios motores intermédios não são possíveis de maneira suficientemente boa.

A abdução e a adução do quadril estão alteradas.

Os padrões posturais tônicos que persistem influem na distribuição do tônus pela musculatura, assim reforçando as alterações neste particular.

Reações posturais

As reações posturais são quase sempre deficientes e não bastam para a instalação do corpo no espaço. O controle da cabeça não é suficientemente bom por causa da estabilidade deficiente, o que se nota de modo especial quando a criança se levanta da posição dorsal para a posição ereta. Quando se perde o equilíbrio, a cabeça não acompanha suficientemente, dar a criança perder com mais rapidez ainda o equilíbrio. (Fig. 168).

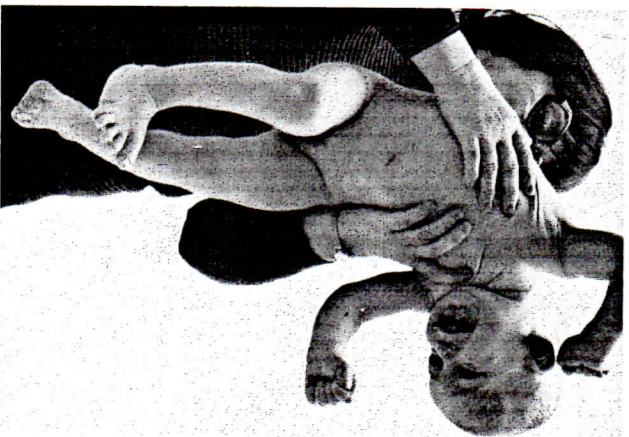


Fig. 168

Reações de equilíbrio

A criança não tem equilíbrio suficiente em posição alguma. Às vezes, ainda é inteiramente bom nas posições dorsal e ventral, o que não acontece, entretanto nas diversas posições eretas. Se falta à criança sentada e engatinhando o equilíbrio, o mesmo acontece na posição em pé e na marcha. Não há boa regulação nem contra-regulação quando se perde o equilíbrio. O equilíbrio deficiente aumenta a ansiedade da criança consideravelmente e torna-a insegura também psicologicamente; o comportamento é hesitante e angustiado. Quando reconhece que, perdendo o equilíbrio, existe ajuda, a criança fica mais segura, confia, porém assusta-se quando fracassa. Há vezes em que, perdendo o equilíbrio, não consegue apoiar-se com firmeza, caindo então desregulada (Fig. 169).

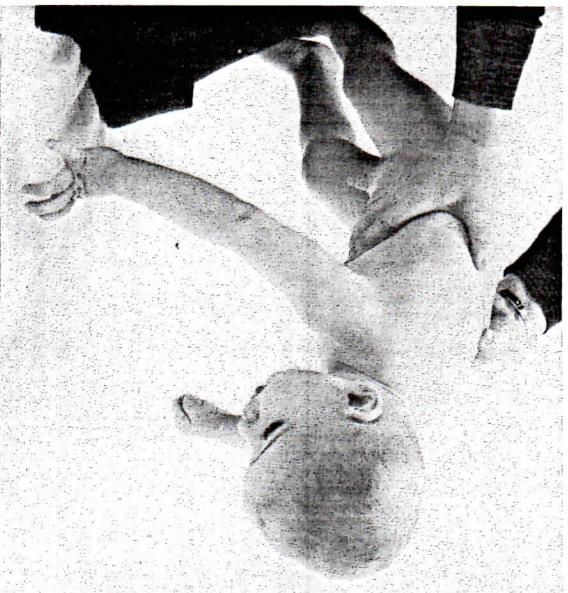


Fig. 169

Simetria

As posições só são assumidas assimetricamente, não podendo voltar à simetria. A criança prefere sempre um lado, não podendo o outro ser levado em consideração.

Só a extremidade superior ou só a inferior está afetada. O lado afetado raramente se utiliza para atividades motoras. Se se observar com exatidão, nota-se, em muitos casos, que o lado não tão fortemente afetado também mostra anomalias. Mas, em alguns casos, contudo, são mais fracas.

Motricidade fina e adaptação

Pela falta de locomoção, a criança fica sempre no mesmo lugar. É frequente pegar ainda muito descoordenadamente em objetos, quando se estabiliza. Às vezes, pega só com uma das mãos, utilizando a outra apenas como ajuda. Aparecem, então, reações associadas, que não fazem mais do que reforçar-se quando se exercem atividades. A mão cerrase, às vezes, em punho, entra em pronação, o braço flete-se fortemente com reação escapular. É comum que a criança não olhe para esta mão. Pode ser má a coordenação mão-olho ou mãos-olhos. A pressão, mesmo que a criança olhe para o objeto, o movimento é muito inexacto. Se o movimento não é bem sucedido, ou não o é suficientemente, a criança desiste. A criança não pode atingir objetos distantes a não ser que a sua motilidade lhe permita. Atividades na linha média, como bater com as mãos, freqüentemente não são possíveis. Largar um objeto é, muitas vezes, impossível por causa da persistência do reflexo de preensão. A criança não olha para objetos que caem, desinteressase deles rapidamente. Olhar vagaia, não persiste, dá a dificuldade de fixar-se. A criança parece desorientada porque perde de vista com rapidez pessoas e objetos. Dá a impressão de ter traços autísticos; é comum as pessoas que a cercam pensarem que se trata de criança retardada mentalmente.

Os ruídos e os estímulos visuais são interpretados erradamente, criando ansiedade na criança. São inaquedadas as suas reações. A criança não se ajusta com suficiente rapidez a modificações. O fracasso freqüente faz com que reaja com desconforto, ou desista, daí tornar-se hiporreativa e adinâmica.

Preensão

A preensão intencional só é possível quando a criança está estabilizada (o que é difícil, às vezes, se há flacidez). Ocorrem movimentos pegajosos em crianças que têm o tônus básico aumentado.

Reações posturais e de equilíbrio deficientes criam desconforto porque a criança não se move com liberdade, mas está sempre insegura. Fazem-se experiências táteis, mas a criança não as elabora porque os sinais são errados.

A má sensibilidade espacial, e as informações fâteis erradas tornam a criança insegura. Alternam-se suas reações para com o ambiente. A preensão, a regulação é suficiente, de modo que a criança agarra com força excessiva ou insuficiente. Também por isto os materiais são percebidos de maneira incorreta, tornando-se a diferenciação quase impossível.

Se o recebimento de sinais é errado, não reage adequadamente à situação. A interação com o ambiente torna-se incompreensível e, pois, cada vez mais confusa. A criança demonstra o desconforto, o que, na maior parte dos casos, não é interpretado corretamente pelo ambiente que a cerca. Objetos menores não podem ser agarrados, a criança não os acerta e os fracassos são uma constante. Há coordenação mãos-olhos deficiente, de modo que os objetos e as pessoas não podem ser olhados de forma exata. Experiências espaciais, como a visão estereoscópica, não se desenvolvem, os objetos não se destacam do fundo de maneira correta. Podem instalar-se agnosias e, mais tarde, apraxias.

Linguagem e contato social

Linguagem: Se a criança tiver anomalia da coordenação bucal, prejudica-se a articulação (disartria). A linguagem expressiva fica impedida. O comportamento fônico pode sofrer distúrbio por força de uma afasia recente; quase sempre é fácil deduzir o comportamento da criança.

A criança começa, nesta idade, a mostrar partes do corpo que mais frequentemente se lhe nomeiam e indicam. Pode, quase sempre, pela compreensão, apalpar objetos que se lhe pede que entregue. Reage, se pode ouvir, ao seu nome. Se não reagir, pode ser que ouça (feito o controle médico), mas não ligue estes sons à sua pessoa. Não compreende "sim" e "não" porque não interpreta as noções, se bem que as ouça. Não só o desenvolvimento da fala já se mostra alterado, a esta altura (porque faltam os estádios anteriores), como também existe a incapacidade de imitar sons que ouça. Na maior parte dos casos, existe distúrbio auditivo quando, nesta idade, uma criança não imita; mas pode também tratar-se de transtorno da elaboração.

Além disto, pode estar perturbada a percepção acústica, os sons chegam errados ao centro, daí exprimem-se erradamente também. Alguns destes sons criam desconforto, o que é articulado pela criança.

Contato social: O contato social da criança com o ambiente pode estar acertadamente perturbado, devendo, as causas (múltiplas, em muitos casos), serem descobertas.

A fixação deficiente com os olhos e a deficiente elaboração de sinais acústicos são causa suficiente para que assim se altere a interação entre a criança e o ambiente. As crianças parecem, às vezes, surdas ou cegas, tem-se a impressão de que são mentalmente retardadas. Não são raras, no caso, as características autísticas. O

que explica a situação, às vezes, são as informações dos primeiros meses de vida; há desconforto, por exemplo, quando se começou a usar a colher (distúrbios da sensibilidade bucal), ou choro estridente, inadequado, indicando reação e impressões auditivas ou visuais; desenvolvimento deficiente do controle da cabeça e instabilidade marcada na posição ereta.

Tanto o *estruturamento* acentuado, que já não é típico nesta idade, quanto a confiança demasiada em estranhos e o sorriso descontrolado devem levar a que se observe a criança mais detidamente.

Muitas são as mães que sentem isso com clareza, podendo, em muitos casos, descrever acertadamente este tipo de comportamento. Deve-se ouvi-las com atenção quando falam no assunto.

Audição e localização de ruídos

A criança não se volta logo de onde vêm os ruídos porque ou não os reconhece, ou não os pode localizar. É conveniente certificar-se, por exame médico, se a criança ouve. Os sinais acústicos são recebidos incorretamente e, portanto, também incorretamente elaborados; ou são, recebidos, mas não reconhecidos com exatidão. As reações mostram-se inadequadas.

Ruídos de tipos diversos não são diferenciados e, por conseguinte, também não são imitados corretamente, se é que são imitados.

A muitos ruídos que não são inteiramente desagradáveis para as pessoas em geral a criança reage de forma inesperada. Mostra desconforto extremo, ou tapa os ouvidos. Chora desatinadamente.

Sonorização no que diz respeito à respiração, à sucção e à deglutição

Sonorização defetiva sem matizes. Os sons não são modulados. A criança chora muito alto, ou quase não emite sons. Há vezes em que a respiração, a sucção e a deglutição não são suficientemente bem coordenadas. A criança engasga, frequentemente, ou aspira.

Visão e movimentos oculares

Deficiente coordenação da musculatura ocular, estrabismo. Não existe boa coordenação mãos-olhos, a criança não olha para os objetos que pega ou que lhe são aproximados. Já se assinalam, nesta idade, distúrbios da percepção visual, o que faz com que a criança se irrite muito. As pessoas não são bem fixadas, a criança não sorri para elas, não as fita. Não acompanha as pessoas, nem objetos, quando saem fora do alcance visual. Não é capaz de acompanhar com os olhos objetos, nem

de reconhecê-los, embora os veja (o que pode ser certificado por exame do oftalmologista).

Atos da vida cotidiana

Em muitos casos, a criança ainda não come sozinha porque a mãe prefere dar-lhe de comer na boca, não lhe dando autonomia. A questão sempre é saber se ela poderia fazer aquilo que se lhe permite (suando-se). É comum a criança não poder mastigar pelo fato de ser deficiente a coordenação bucal. As hipersensibilidades da área bucal impedem que coma, por exemplo, com uma colher. Se se forçar excessivamente a criança, a interação entre ela e a mãe fica bastante prejudicada. O comer sozinho também depende da estabilidade motora. A falta de coordenação motora impede que se beba de uma taça ou de uma xícara.

A estabilidade deficiente também obsta o desenvolvimento do asseio, quando se tenta colocar a criança no urinol. Se se fixar isso cedo demais, podem dar resultados distúrbios severos da formação dos hábitos higiênicos. Os transtornos da aprendizagem também dificultam esta evolução porque, além da maturidade, há necessidade de muita capacidade de aprendizado.

Comportamento emocional

O fato de ocorrerem transtornos emocionais decorre do que foi citado. Quando não se reconhecem os distúrbios e, por isto, freqüentemente, se estabelecem imposições, aumenta a frustração infantil e materna, influenciando negativamente o comportamento. Esta interação negativa entre a mãe e o filho e entre o ambiente e a criança cria nesta emoções negativas, as quais esbarram, principalmente, na impressão, daqueles que cercam a criança e aguçam a situação. Sinais sociais também deixam de ser reconhecidos pela criança de maneira adequada; são interpretados erradamente, e daí, elaborados com deficiência. De forma similar reage ao ambiente. Falha o *feedback* positivo. A criança reage inadequadamente ou quase não reage; esta última situação o ambiente tende a considerar como *birra*.

Desenvolvimento

A criança, ao contrário da criança sadia, não está estabilizada na posição ereta. A ausência de experiência ambiental condicionada também por esta incapacidade de colocar-se no espaço é visível no comportamento da criança que é ou quieta demais, ou demasiadamente inquieta. Já a esta altura pode-se falar em criança hiperênfática. Basicamente, todas estas dificuldades que se terão mais tarde com estas crianças, já são visíveis nesta idade, mas o ambiente as tolera melhor agora do que mais tarde. A própria criança tenta minimizar as anormalidades, o que não consegue, piorando a situação. É raro poder-se deixar sozinho a criança sem que daí resulte choro porque ela se defende contra a falta de estimulação e usa os que a cer-

cam, tal qual a criança sadia, para fazer as suas experiências. Toda regulação tende contudo a ser exagerada.

O desenvolvimento da fala e da mente ainda não parece anormal, como alguns meses depois. Porém deve-se reconhecê-lo já neste momento, para evitar o desenvolvimento defeituoso. O reconhecimento precoce mostra-se muito difícil, uma vez que há uma variação do desenvolvimento normal. Além disso, as interações entre a criança e o ambiente, que já não são intactas, só são reconhecidas quando há possibilidades de observação mais demorada.

A informação que temos exatamente sobre esta fase etária ainda é muito escassa.

Décimo oitavo mês - normal Motricidade grosseira

A criança mostra equilíbrio bastante adequado às posições. Pode deitar de costas simetricamente, virar-se dos dois lados para a posição ventral, ficar de gatinhas e voltar-se para sentar-se. Bom controle da cabeça e do tronco. Boa rotação. Boa flexão do quadril na posição sentada; boa extensão do quadril na posição em pé.

Na marcha, ainda há a atitude fisiológica em pé plano-valgo apesar de ver-se arco plantar bastante bom quando se apalpa. As pernas estão em ligeira rotação interna por rotação deficiente do quadril.

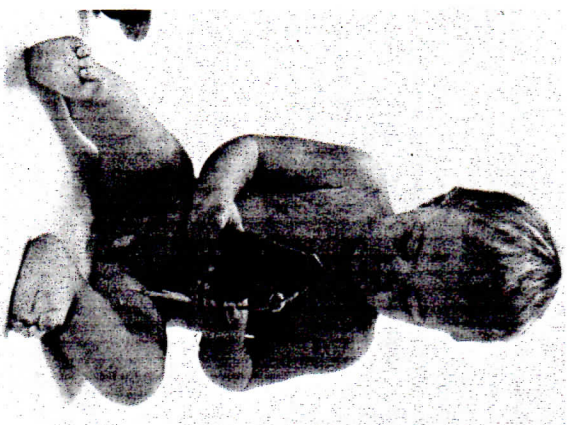


Fig. 170

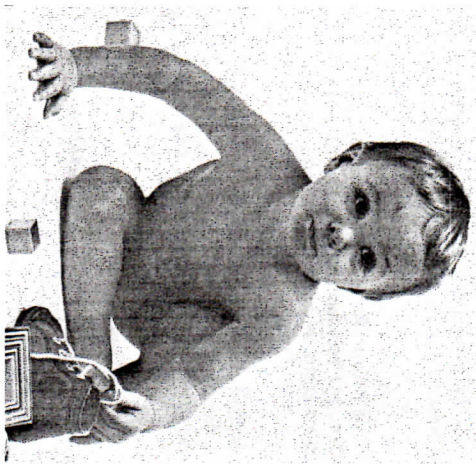


Fig. 171

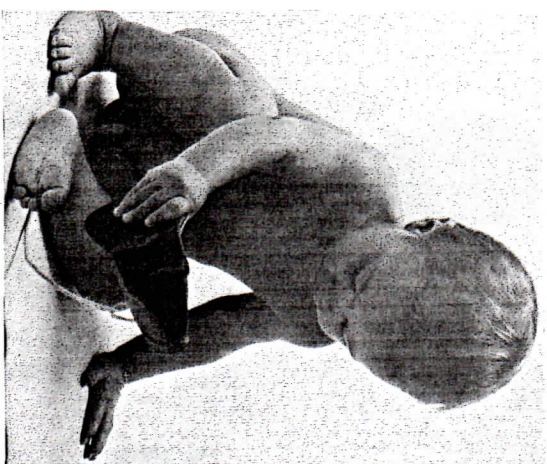


Fig. 172

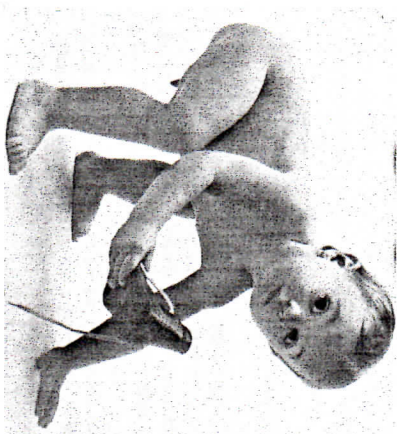
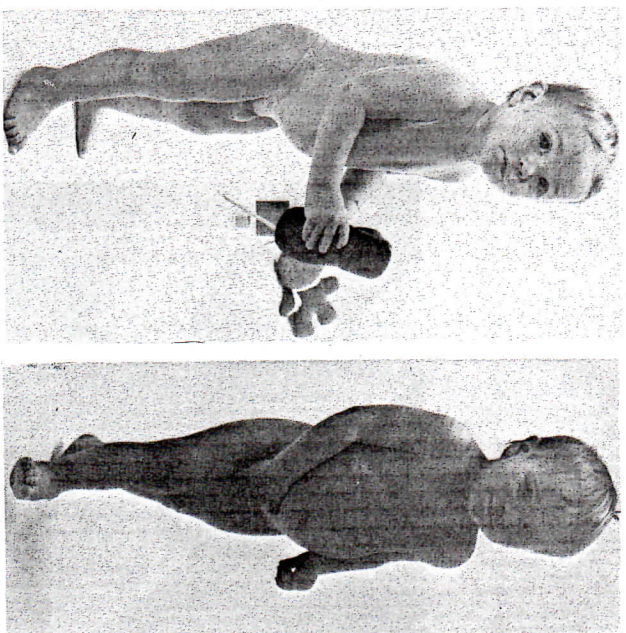


Fig. 173



Figs. 174 e 175

Boa mobilidade das articulações. Ainda se vêem movimentos associados. A criança pode, quando caminha, segurar um objeto em cada mão. Pode acocorar-se com estádios motores intermediários bons e pode erguer do chão um objeto. Pode caminhar para trás e *jogar futebol*. Em pé, atrai uma bola com firmeza. Consegue subir escada com ajuda. Quando caminha, já pode frear bem. (Figs. 170-175).

Reações de equilíbrio

Equilíbrio em todas as posições, já bastante estável. Bom apoio. Ainda não há equilíbrio na posição em pé, no salto sob uma perna, na marcha em que não levanta o pé. Quando brinca, contudo, a criança está sempre exercitando-se e colocando-se em situações que promovem adaptação ótima (Fig. 176).

Daí decorrem, às vezes, naturalmente, situações difíceis, que exigem a atenção do adulto, mas não a sua interferência constante. A criança atrai uma bola sem cair.

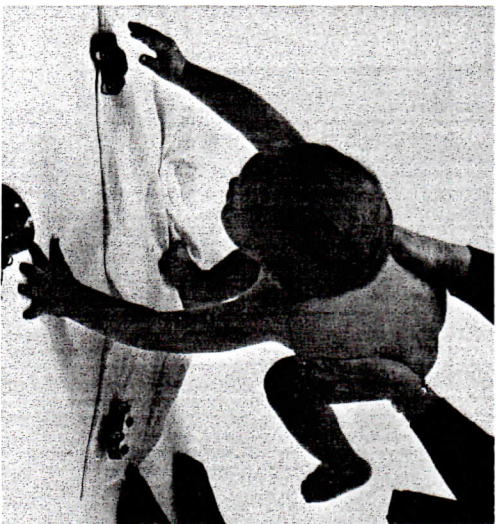


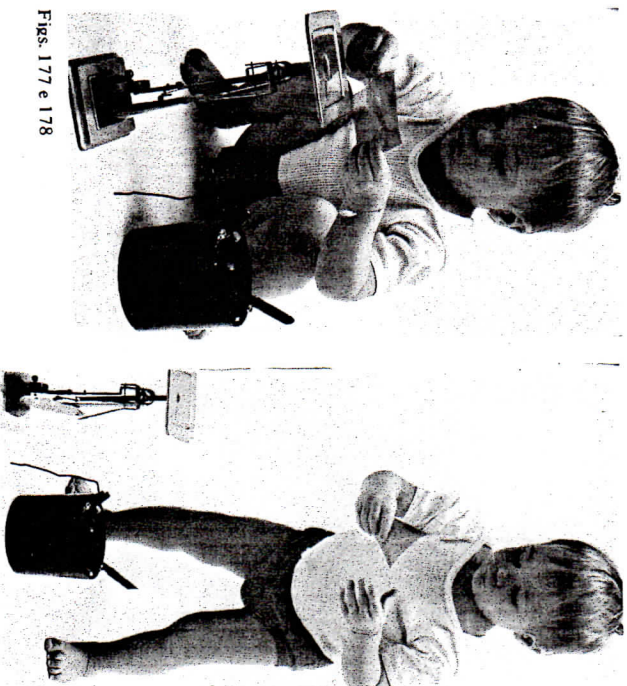
Fig. 176

Motricidade fina e adaptação

A criança agarra objetos e transporta-os. Imita trabalhos domésticos e colabora nas tarefas simples que lhe dão. Come sozinha com a colher, mas ainda a segura em pronação.

Despe peças de roupas. Bebe sozinha da xícara. Rabisca quando tem lápis na mão. Constrói uma torre com quatro cubos, põe brinquedos numa caixa e torna a tirá-los. Lembra-se de onde estão escondidos certos objetos se foi diante dela que alguém os colocou num recipiente.

Arruma objetos, já tenta pô-los em ordem. Desembrulha coisas que estão embrulhadas e atrai coisas longe. Apalpa e distingue materiais e superfícies. Usa o dedo indicador isoladamente. Arruma e desarruma. Brinca concentrada e fantasiosamente (Figs. 177 e 178).



Figs. 177 e 178

Prensão

Pega objetos em qualquer posição em que esteja e alcança-os mesmo que se achem distantes. As mãos estão abertas em supinação, a prensão, por exemplo, de um lápis ainda se dá, muitas vezes, em pronação. Os dedos têm movimentos finos. Boa coordenação mãos-olhos e intermanual; as mãos juntam-se na linha média. A criança agarra objetos finos com o polegar e o indicador flexido (prensão em pinça). Folheia uma página de livro, cada vez com mais habilidade.

Os ombros movem-se livremente em todos os planos, os braços podem estender-se. Quando se examina a diadococinese, ainda se mostram movimentos associados nítidos de um dos lados e descoordenação pelo movimento simultâneo a partir do ombro. Boa rotação da mão. Simétrica. A criança apalpa com delicadeza, distingue materiais e superfícies que a mãe designa.

Linguagem e contato social

Linguagem: A criança diz *mamã* e *papá* e mais outras palavras. Às vezes, pode também pronunciar duas palavras com sentido. Boa compreensão da linguagem falada. Entrega objetos que apanhou quando lhe ordenam. Reage ao seu nome, a "sim" e "não" e entende o sentido do elogio e da repreensão. Imita ruídos próprios e externos; por exemplo, ruídos de motores, de animais etc.

Contato social: Participa da vida familiar. Senta-se à mesa para comer e come sozinho, com a colher, coisas partidas em pedacinhos. Bebe da xícara.

Entende o que se espera e faz o que se pede. Reage a elogio e repreensão com agrado ou desagrado. Senta-se bastante bem, às vezes usando de truques. Quando realiza uma tarefa, mostra-se orgulhosa. Assume contatos por si mesma e recusa-os quando não lhe agradam. Entrêtem-se facilmente, quando há ajustamento às suas necessidades.

Já brinca bastante bem com outra criança e defende o seu espaço de ação. Tem disposição para brincar com adultos.

Atos da vida cotidiana

Melhora o desenvolvimento do asseio. A criança começa a anunciar as suas necessidades (há diferenças entre meninos e meninas, estas controlando esfínteres com menos idade). A criança come à mesa com os adultos e usa a colher para comer coisas partidas em pedacinhos. Bebe da xícara e mostra-se muito orgulhosa com a sua aquisição, de modo que, às vezes, é difícil tornar a dar-lhe de comer na boca. Come pão sozinho e sem se sujar muito.

Despe peças de vestuário, mas não as veste, embora tente. Ajuda a mãe em pe-

quenas tarefas domésticas. Sua necessidade de expansão não deixa, porém, de ser um tanto perigosa e exige maior atenção do adulto, que encontra dificuldade em não interferir demais. A esta altura, surgem mecanismos decisivos de *feedback*, importantes para o desenvolvimento posterior da criança.

Desenvolvimento

A criança já está bastante estável e é capaz de mover-se bem com equilíbrio. Não são possíveis a posição em uma perna só, nem o salto numa perna porque ainda falta a necessária estabilidade. Tenta reconhecer o seu ambiente, assume contato com pessoas e pega em tudo, donde há necessidade de atenção constante. Estádios motores intermediários muito bons. A criança pode acocorar-se, subir e descer escadas (com alguém segurando-a).

Melhora de forma constante a sua integração perceptiva, acompanhada pelo desenvolvimento da fala. A evolução motora, ou seja, a adaptação sensomotora está realizada, de modo que a criança pode experimentar mais amplas dimensões evolutivas.

Handing (Manipulação).

(Instruções que o médico pode dar à mãe para os cuidados cotidianos com a criança).

Toda criança está sujeita, até pode caminhar livremente, às manipulações maternas especialmente intensas, manipulações capazes de influenciar de maneira considerável a evolução da criança, principalmente naquela que mostra alterações da evolução motora normal. Como não é só ela que se ajusta às manipulações da mãe, mas esta também reage a um comportamento infantil errado, podem ocorrer reforço e aprofundamento recíprocos de padrões motores errados.

Quando há mau controle da cabeça, por exemplo, a mãe tende, intuitivamente, a sustentar a cabeça da criança com a mão. Porque está sendo sempre ajudada, esta criança tem dificuldade em aprender espontaneamente a melhorar o seu controle. Assim é que, pela manipulação materna, o desenvolvimento da criança se retarda, em casos assim.

Parece ter importância a execução correta da manipulação cotidiana que se apresenta nas figuras a seguir; sobretudo, quando se trata de criança hipertônica, com padrão tônico persistente. Os fenômenos da hipertonia podem reforçar-se, quando se aplicam manipulações erradas.

Os atos cotidianos de lavar, dar de comer, carregar e colocar na cama são manipulações que não se devem subestimar no que diz respeito ao seu valor terapêutico para a criança retardada. Com a ajuda das séries de figuras, demonstrar-se-ão com brevidade as manipulações normais do lactente.

Estes são, apenas, alguns exemplos a seguir, de maneira a influenciar a motricidade e o psiquismo da criança.

Carregar sobre o corpo da mãe significa também transferência do esquema corporal dela para a criança. O contato estreito dá à criança segurança e proteção, isso se aplicando, sobretudo, às crianças que têm dificuldades em manterem-se estavelmente na posição ereta.

Neste contexto, gostaria de apontar duas outras manipulações, importantes, provavelmente, para os primeiros estádios etários, manipulações que não se empregam como *handling* ou técnica terapêutica, de maneira bastante freqüente. No entanto, talvez se deva atribuir grande importância no desenvolvimento cognitivo, por exemplo, também no desenvolvimento da linguagem.

Uma é a carícia, isto é, o contato cutâneo intenso; outra é o embalo e balanço.

O *handling* é a parte do tratamento também da criança mais severamente afetada. Neste particular, convém reportar-se ao livro de Nancie R. Finnie: *Hilfe Für das zerebral gelähmte Kind* (Assistência à criança com paralisia cerebral) Maier, Ravensburg, 1976).



Fig. 179 - Quando se quer levantar a criança, envolvem-se com as duas mãos os ombros e puxa-se para cima, simplesmente, pelos braços.



Fig. 180 - Braços cruzados porque se está segurando a criança. Ao mesmo tempo, trabalha-se contra extensão demasiada forte dos ombros (reação escapular).

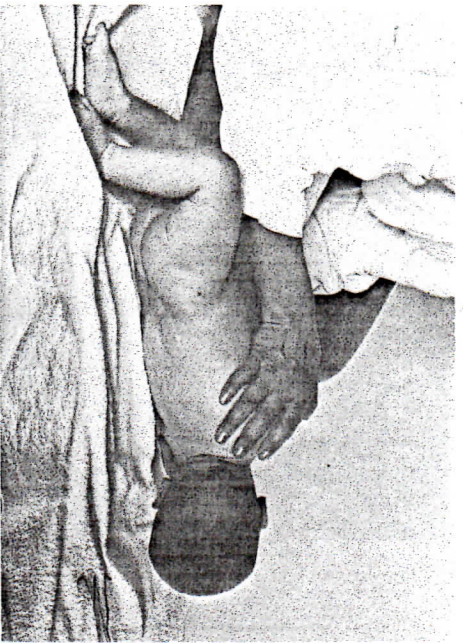


Fig. 181 — Levantar de um lado, podendo melhorar, ao mesmo tempo, com a rotação, o controle da cabeça.



Fig. 182



Fig. 183 — Se se quiser trazer os braços para diante, sem pegar, para que a criança pegue nas suas extremidades inferiores, levanta-se o assento, as pernas abduzidas e extra-rotadas; manter sempre contato visual e falar com a criança.

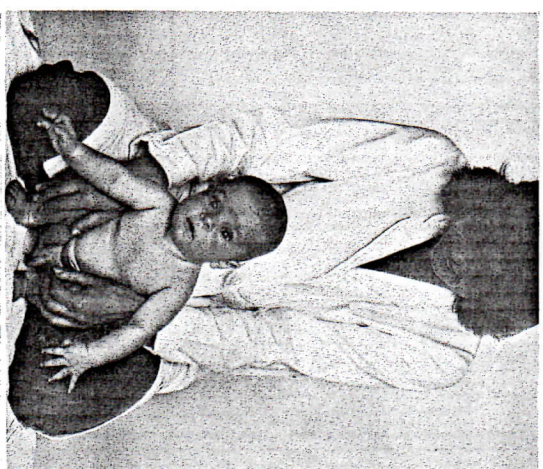


Fig. 184 — Nesta atitude, pode ser melhorado o controle da cabeça, ficando, então, a criança em atitude simétrica. Os ombros são trazidos para diante. Não há possibilidade de retração.



Fig. 185



Fig. 186

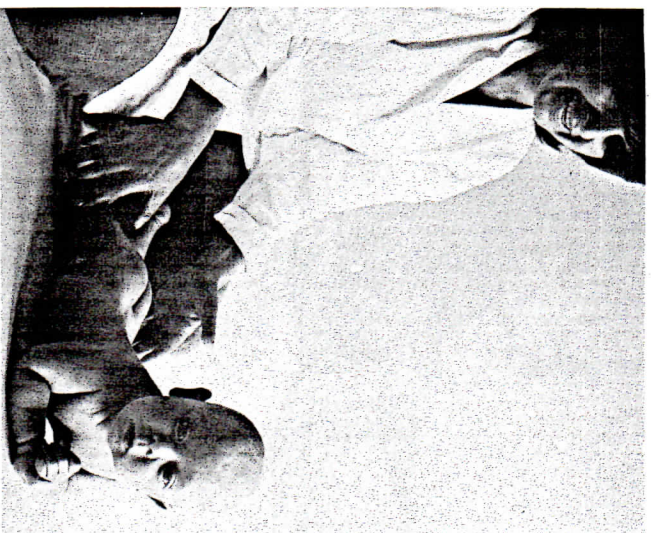
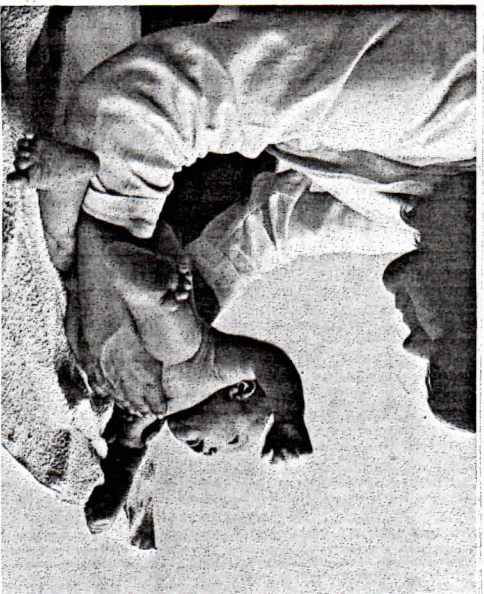
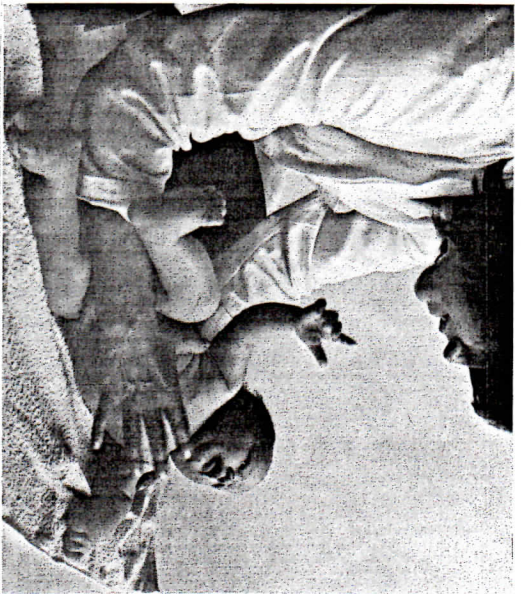


Fig. 187 — Para trazer a criança da posição dorsal à posição ventral, não se deve erguê-la, mas virá-la pelo quadril.



Figs. 188-189 - Ou vira-se a criança por pressão sobre o tórax, daí possibilitando a rotação.



Fig. 190 - Pode-se carregar a criança na horizontal. O braço da mãe é colocado entre as pernas, a mão carrega o tórax como também o abdômen. A outra mão segura os braços da criança para diante. Ombros para diante.

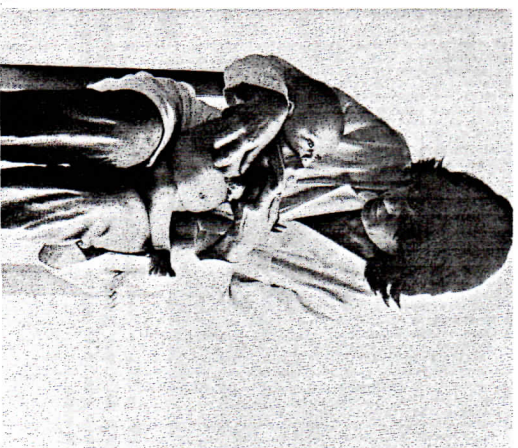


Fig. 191

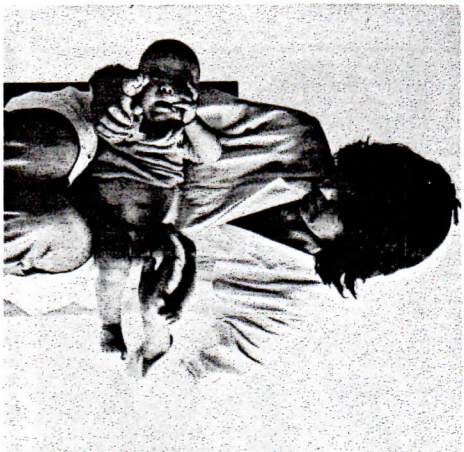


Fig. 192

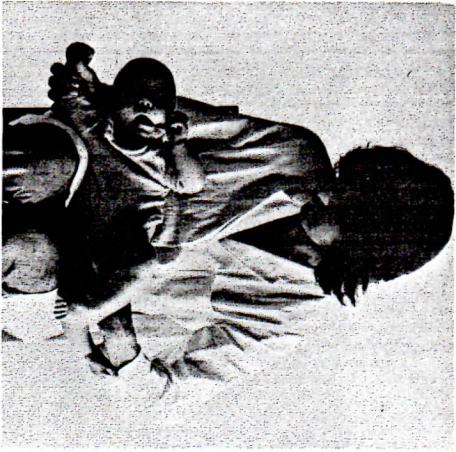
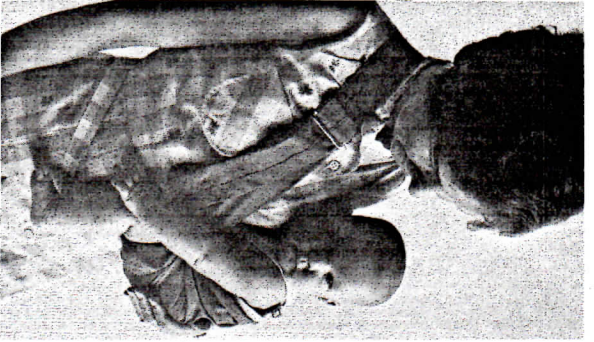


Fig. 193

Figs. 191 a 193 — Aqui mostra-se a possibilidade de trazer a criança no colo para que ela não fique de costas (como acontece habitualmente) em extensão demasiado forte e assimétrica. A criança que se vê nestas figuras chora provavelmente porque está *alta demais* (pico visual). Pense-se nisso.



Fig. 194 — Se a criança tiver muita reação escapular, pode-se carregá-la de modo que se coloque ora sobre um, ora sobre o outro ombro da mãe. Braços para diante.



Figs. 195 e 196 – Carregar com um porta-bebês: as pernas estão abduzidas, a cabeça não é sustentada e pode, assim, estabilizar-se. A mãe, no entanto, tem uma mão livre.



Fig. 197 – Colocação de um porta-bebes.

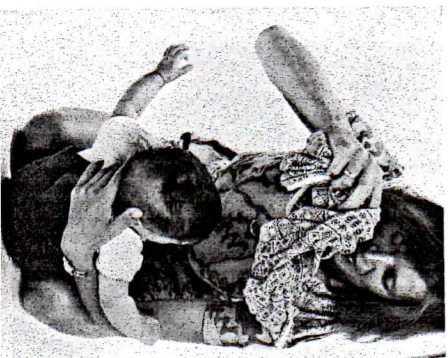


Fig. 198

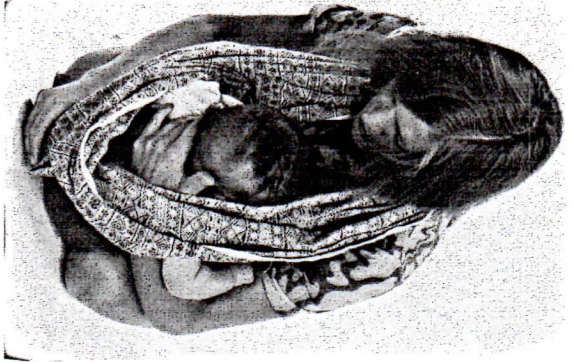


Fig. 199



Fig. 200

292

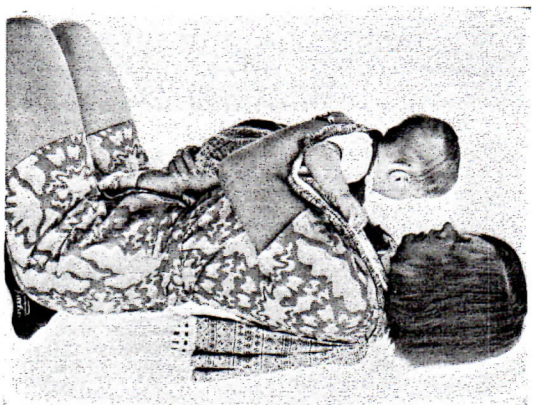


Fig. 201

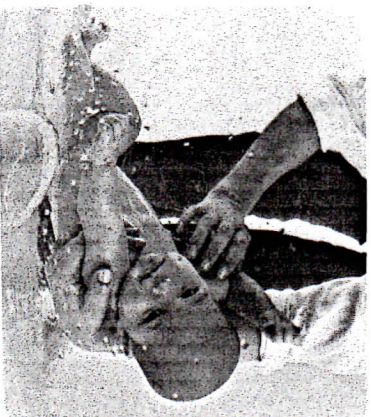


Fig. 202

293



Fig. 203

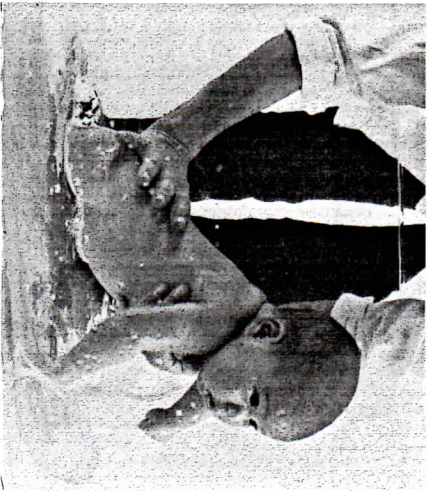


Fig. 202 a 204 – Banho do lactente nas posições dorsal e ventral.



Fig. 205 – Dar alimento com a mamadeira num wippy. Atitude simétrica e contato visual.

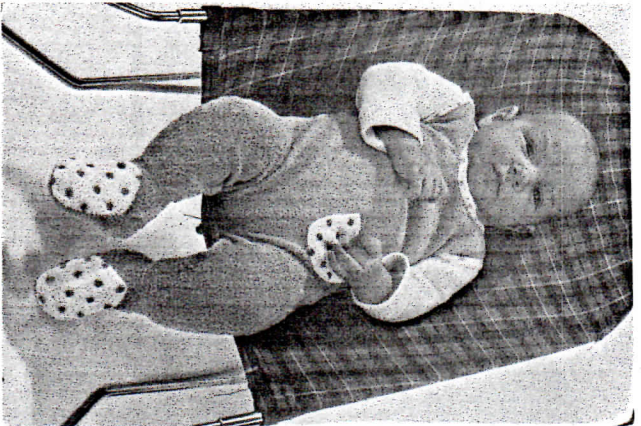


Fig. 206 – Atitude simétrica quando se coloca a criança num 'wippy' várias vezes por dia, durante 10-20 minutos. Bom contato visual.

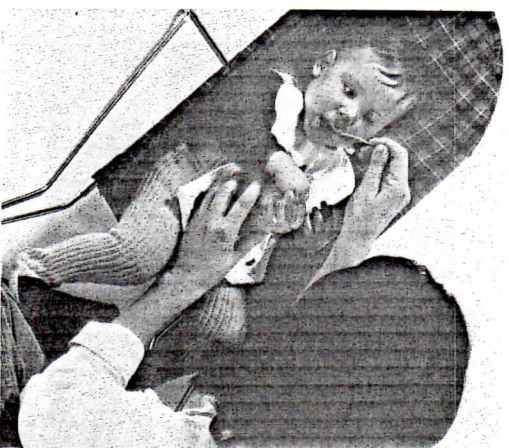


Fig. 207 – Dar alimento a uma criança pequena no 'wippy'. Mãos abertas, contato visual.

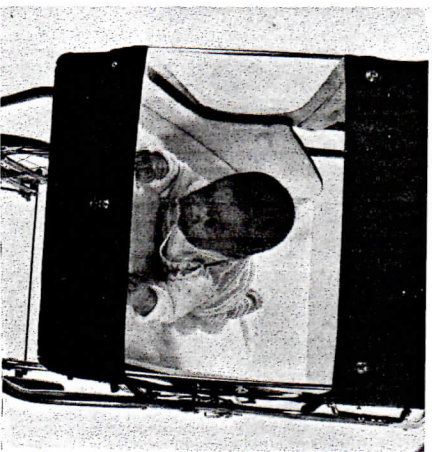


Fig. 208 – Colocação no carrinho. Controle da cabeça na posição ventral.

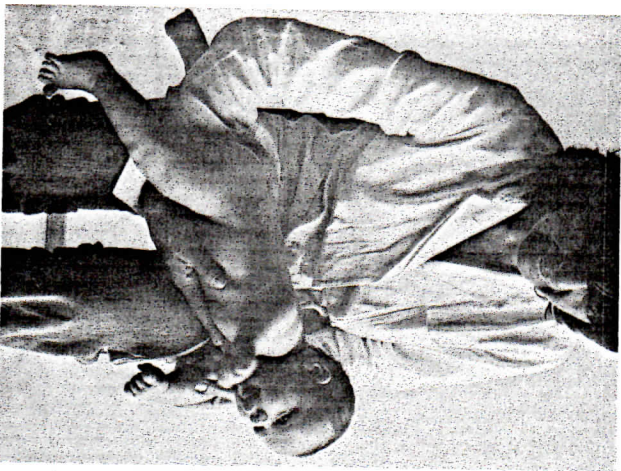


Fig. 209 – Possibilidade de carregar a criança (extensão).

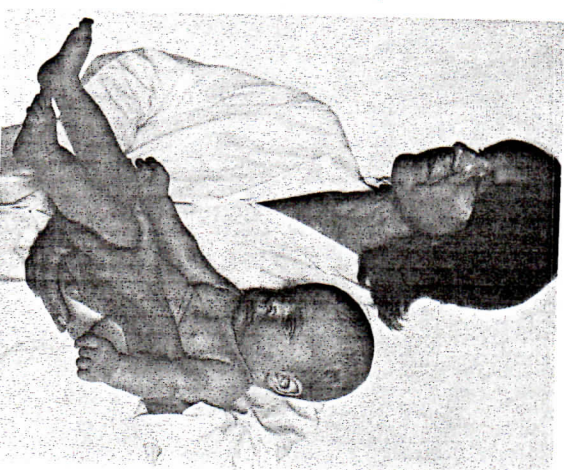


Fig. 210 – Possibilidade de carregar a criança (braços para diante, bom controle da cabeça).



Fig. 211 – Possibilidade de carregar a criança (simetria, braços para diante, abdução do quadril, controle da cabeça).

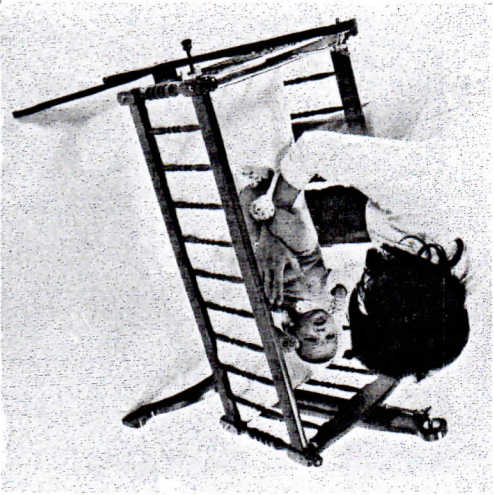


Fig. 212 – Colocação na cama sobre o lado.

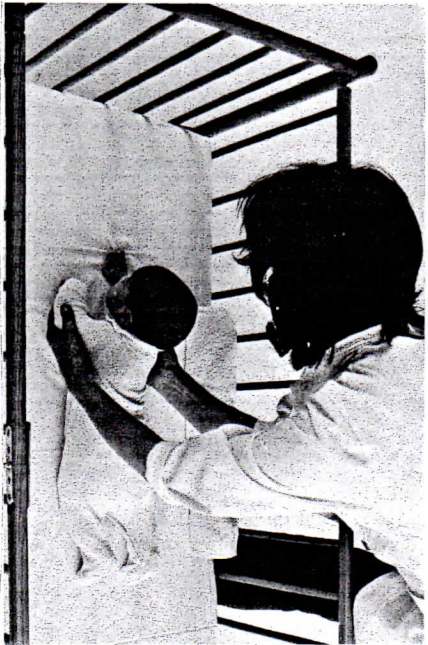


Fig. 213 – Colocação na cama em posição ventral.

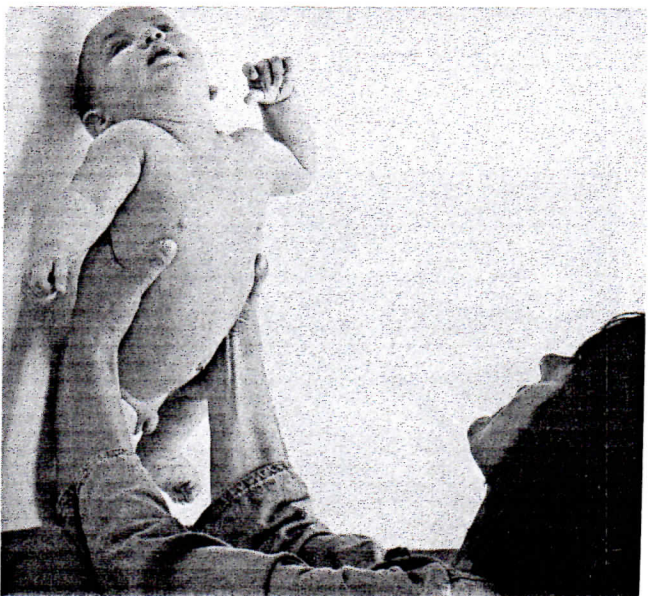


Fig. 214 – Exemplo de como não se deve aguar uma criança.



Fig. 215 – Sugestão de como se pode erguer uma criança.

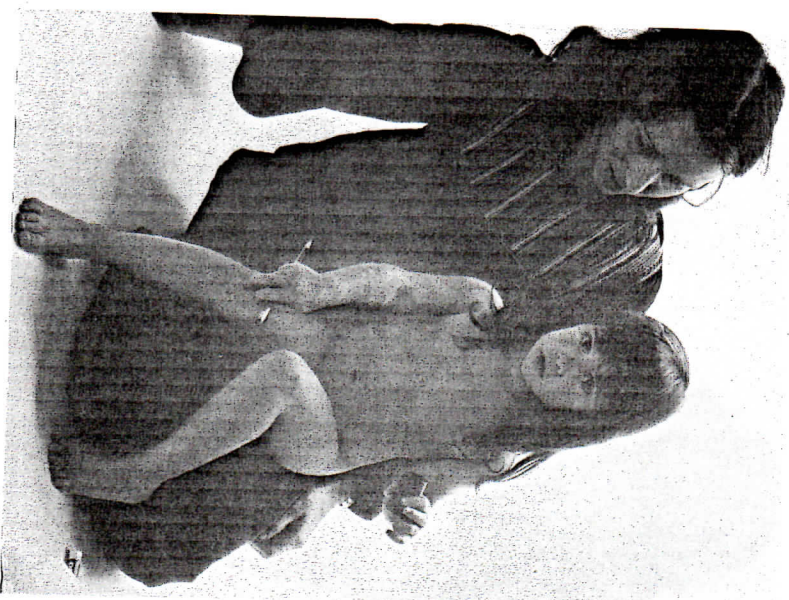


Fig. 216 – Atitude das pernas em X.