

# RELATO DE CASO DE UMA PACIENTE COM 8 MESES DE IDADE APRESENTANDO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

***Raquel Pereira Jung<sup>1</sup>, Kelen Cristine Dall'Agno<sup>2</sup>, Juliana Elisa Buttendorff<sup>3</sup>  
Silvia Luci de Almeida Dias<sup>4</sup>, Fabiane Rosa Gioda<sup>5</sup>***

<sup>1</sup>Universidade do Vale do Itajaí/Centro de Ciências da Saúde, Rua Uruguai,458, centro, Itajaí - SC, Cep. 88302-200, [quelpjung@yahoo.com.br](mailto:quelpjung@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí/Centro de Ciências da Saúde, Rua Uruguai,458, centro, Itajaí - SC, Cep. 88302-200, [kelen.fisio@gmail.com](mailto:kelen.fisio@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade do Vale do Itajaí/Centro de Ciências da Saúde, Rua Uruguai,458, centro, Itajaí - SC, Cep. 88302-200, [juli\\_fisio@zipmail.com.br](mailto:juli_fisio@zipmail.com.br)

<sup>4</sup>Universidade do Vale do Itajaí/Centro de Ciências da Saúde, Rua Uruguai,458, centro, Itajaí - SC, Cep. 88302-200, [silviad@univali.br](mailto:silviad@univali.br)

<sup>5</sup>Universidade do Vale do Itajaí/Centro de Ciências da Saúde, Rua Uruguai,458, centro, Itajaí - SC, Cep. 88302-200, [fabianegioda@yahoo.com.br](mailto:fabianegioda@yahoo.com.br)

**Resumo:** Desenvolvimento é a capacidade progressiva do ser humano em realizar funções cada vez mais complexas. Esse processo é o resultado da interação entre fatores biológicos, próprios da espécie e do indivíduo e os fatores culturais próprios do meio social onde esse indivíduo encontra-se inserido. Assim a aquisição de novas habilidades está diretamente relacionada não apenas à faixa etária da criança, mas também às interações vividas com outros seres humanos do seu grupo social. A fisioterapia tem muito a contribuir na área pediátrica graças aos conhecimentos sobre o desenvolvimento, biomecânica e o controle dos movimentos. Este estudo analisa os efeitos da intervenção fisioterápica realizado em uma criança com 8 meses de idade apresentando atraso do desenvolvimento motor, sendo que o tratamento foi realizado na Clínica Escola da Universidade do Vale do Itajaí durante o estágio supervisionado da disciplina de pediatria do curso de Fisioterapia da UNIVALI.

**Palavras-chave:** desenvolvimento motor, atraso, fisioterapia.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde (Fisioterapia e Terapia Ocupacional)

## Introdução

Durante os primeiros meses de vida, os progressos em relação ao desenvolvimento costumam obedecer uma seqüência ordenada, fato que permite certa previsão de acordo com a idade, a respeito das capacidades e do desempenho que se podem esperar. Existe considerável variabilidade individual entre as crianças de idades diferentes, assim como dentro de um mesmo grupo etário; mesmo assim, existem características particulares que permitem uma avaliação grosseira do nível e da qualidade do desempenho. E com base nessas características mais esperadas e mais repetidamente encontradas que podemos comparar o desenvolvimento de um determinado lactente ou determinada criança com aquele de outras crianças da mesma idade ou em relação a certos critérios [1].

Os riscos para atrasos no desenvolvimento estão concentrados em três grupos principais: aqueles com diagnóstico estabelecido, como por exemplo, os erros inatos do metabolismo; o grupo de crianças com risco biológico geralmente relacionado às condições de gestação e

nascimento; e aqueles com risco ambiental, onde estão concentradas as dificuldades relacionadas com uma estrutura familiar deficiente, características socioeconômicas desfavoráveis e cuidados inadequados. Estes grupos não são excludentes, definindo a característica multifatorial dos atrasos do desenvolvimento infantil. Estudos recentes demonstraram que o efeito cumulativo de fatores de risco múltiplos aumenta a probabilidade do desenvolvimento da criança ser comprometido. Desta forma, as crianças de países subdesenvolvidos concentram a grande maioria das possíveis causas que levam a um atraso do desenvolvimento neuropsicomotor [2].

Sabe-se que um bom desenvolvimento motor repercute na vida futura do indivíduo, nos aspectos sociais, intelectuais e culturais. Sendo assim, uma dificuldade motora faz com que o indivíduo se sinta excluído do meio ao qual não domina, procurando se refugiar de tal, e assim, conseqüentemente realizando com pouca frequência e até mesmo deixando de realizar determinadas atividades [3]. A identificação e a intervenção precoces são fundamentais para o prognóstico das crianças com distúrbios do desenvolvimento, o que faz da avaliação deste

processo parte indispensável de toda consulta pediátrica [4].

Este estudo analisa os efeitos da intervenção fisioterápica realizado em uma criança com 8 meses de idade apresentando atraso do desenvolvimento motor, sendo que o tratamento fisioterápico foi realizado na Clínica Escola da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) durante o estágio supervisionado da disciplina de pediatria do curso de Fisioterapia da UNIVALI, no período compreendido entre 08/10/2004 e 15/10/2004.

## Materiais e Métodos

A paciente J. C. S., 8 meses, 8 Kg, apresentando o diagnóstico médico de Atraso do Desenvolvimento Motor, foi avaliada durante a primeira sessão fisioterapêutica, foram realizadas um total de 4 sessões com duração de cinquenta minutos, havendo posteriormente desistência do tratamento por parte da mãe da criança.

Realizou-se a anamnese através de questionamentos à mãe da paciente, iniciando pela queixa principal. Foi relatado que a criança permanece a maior parte do tempo deitada e está começando a sentar agora aos 8 meses. Nasceu de cesariana, a termo, apresenta 2 irmãos, ambos nasceram de cesariana também, sendo que a mãe sofreu um aborto aos 3 meses de gestação.

Durante a gravidez a mãe foi medicada a partir dos 6 meses, pois já apresentava contrações uterinas, relata também ter sofrido uma queda de bicicleta aos 7 meses de gestação. A mãe nega tabagismo. No pós-parto houve complicação devido a anestesia, necessitando ficar internada durante três dias no hospital, e mais 15 dias em casa repousando.

A amamentação ocorreu apenas até os 2 meses de idade, alimentando-se desde então através de leite industrializado (NAN). A criança já esteve internada aos 2 meses e novamente aos 4 meses devido pneumonia; e aos 7 meses também ficou internada devido pneumonia e vômitos freqüentes. Não faz uso de medicamentos e apresenta como antecedentes familiares uma prima e uma tia-avó apresentando cardiopatia.

Apresenta motricidade espontânea apenas dos MMSS. Não apresenta alterações cutâneas ou cicatrizes. A ADM das articulações e extensibilidade muscular encontram-se normais, quanto ao tônus, observou-se eutônia.

Durante o teste de força muscular observou-se grau 4 para os MMSS (o músculo suporta moderado grau de resistência contra a gravidade), e grau 3 para os MMII (o músculo é capaz de manter a posição do teste contra a gravidade). No teste de sensibilidade superficial (dolorosa) não apresentou alterações. Os reflexos avaliados encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 1- Reflexos avaliados

| REFLEXOS                              | Sim | Não |
|---------------------------------------|-----|-----|
| RTCA - normal até 6 meses             |     | X   |
| RTCS - até 6 à 8 meses                | X   |     |
| RTL - até 6 meses                     |     | X   |
| Galant - até 2 meses                  |     | X   |
| Apreensão Palmar - até 4 meses        |     | X   |
| Apreensão Plantar - até 9 meses       | X   |     |
| Pontos Cardeais - até 3 meses         |     | X   |
| Moro - até 5 meses                    |     | X   |
| Sucção - até 3 meses                  |     | X   |
| Marcha Automática - até 2 meses       |     | X   |
| Extensão Cruzada - 2 meses até 2 anos |     | X   |
| Apoio Positivo - 1º mês até 3 meses   |     | X   |
| Estremecimento - até 5 meses          |     | X   |
| Cutâneo plantar                       | X   |     |

Ao posicionar a paciente na posição supino, observou-se que a mesma permanece com um pouco de RE dos MMII e em abdução, os MMSS permanecem livres para movimentação. Em prono, realiza balanceio e puppy, apresentando um bom controle da coluna cervical. Quando posicionada em decúbito lateral, realiza movimentos voluntários com os MMSS. Observou-se que a paciente rola acidentalmente com pouca dissociação das cinturas pélvica e escapular. Após puxar a criança pelos MMSS da posição supino para sentada, observou-se controle cervical. Ao permanecer sentada, observou-se um bom controle de tronco com bom equilíbrio, sendo que permanece com e RE e abdução dos MMII, sem apoio dos MMSS. Após a passagem da posição sentada para em pé, permanece em semi-flexão de coxo-femural e joelhos, não aceita suporte de peso. A criança não rasteja, apenas realiza movimentos de rolar em círculos. As reações avaliadas encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 2- Reações avaliadas

| REAÇÕES                                                   | Sim                              | Não |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
| Cervical de Retificação - normal a partir do 2º ao 6º mês |                                  | X   |
| Corporal de Retificação - a partir do 6º mês              | X                                |     |
| Labiríntica de Retificação                                | Prono - a partir do 2º mês       | X   |
|                                                           | Supino - a partir do 6º mês      | X   |
| Óptica de retificação - a partir do 6º mês                | X                                |     |
| Anfíbio - a partir do 4º mês                              | X                                |     |
| Equilíbrio                                                | Prono - a partir do 6º mês       | X   |
|                                                           | Supino - a partir do 8º mês      | X   |
|                                                           | Sentado - a partir dos 10º meses | X   |
|                                                           | Andando - a partir dos 18º meses | X   |
| Colocação ou Playcing - a partir do 2º me até 2 anos      | X                                |     |
| Pára-queda - a partir do 5º ou 7º mês e permanece         |                                  | X   |
| Landau - a partir do 6º me até 1 anos                     | X                                |     |

O diagnóstico fisioterapêutico consistiu em déficit nas atividades dinâmicas dos MMII; alteração na dissociação de tronco, cintura escapular e pélvica; hipotrofia dos MMII; ausência do reflexo de extensão cruzada e ausência da reação de para-quedas.

Os objetivos traçados foram: melhorar a força dos MMII, estimular a dissociação de tronco, cintura escapular e pélvica; estimular transferências funcionais (rolar, arrastar e passar da posição prono para gatas; manter a ADM articular (quadril, joelho e tornozelo); evitar deformidades osteo-mio-articulares; e realizar orientações aos familiares.

As condutas aplicadas basearam-se em cinesioterapia motora através de mobilizações passivas dos MMII e exercício de alongamento muscular analítico-passivo para MMII (tríceps sural, ísquio-tibiais); treino de transferências funcionais (rolar, arrastar e passagem de sentado para gato) através de estimulações manuais, treino de equilíbrio e adaptações das diagonais do método Kabat associado a atividades lúdicas; exercícios para dissociação de tronco, cinturas escapular e pélvica através de estimulações manuais e diagonais adaptadas com o auxílio de brinquedos (atividades lúdicas); exercícios para fortalecimento muscular para os MMII através de tomada de peso para MMII com a utilização da bola suíça e co-contracção muscular; além de orientações aos familiares através do ensino de exercícios para que os mesmos realizassem em casa, auxiliando assim na evolução do tratamento.

As mobilizações articulares foram realizadas no quadril através de movimentos de rotação interna e externa, adu-abdução e flexo-extensão; no joelho, através de movimentos de flexo-extensão; e no tornozelo através de movimentos de dorsi-plantiflexão e de in-eversão.

Os exercícios de alongamento muscular foram realizados de maneira analítico-passiva para os MMII. O alongamento dos músculos tríceps sural e ísquio-tibiais foi realizado posicionando a paciente em supino, joelhos em extensão, estagiária realizando a dorsiflexão, mantendo a extensão de joelho e realizando flexão de quadril.

Estagiária realizou o treino das atividades funcionais listadas abaixo, através de estimulações manuais, adaptações do método Kabat e atividades lúdicas.

O treino para incentivar o rolar foi realizado posicionando a paciente em prono com flexão de um MI e abdução de quadril, com o outro MI em extensão. Após, estagiária realiza estímulo visual com um brinquedo movimentando o objeto em diagonal em direção ao lado oposto do MI em flexão incentivando para que a paciente alcance o objeto com o MS ipso-lateral ao MI em flexão e realize o rolar.

Para treinar o arrastar, posicionou-se a paciente em prono, com flexão e RE de quadril e flexão de joelho de um MI, com o outro MI em extensão. Estagiária realiza apoio manual na região plantar estimulando a extensão do MI, e em seguida posicionar a mão na região plantar do outro MI, incentivando o mesmo movimento. Não esquecendo também de estimular o movimento dos MMSS, que realizam flexão contra-lateral ao movimento de extensão dos MMII, permitindo o deslocamento.

A passagem de prono para a posição gatas foi realizada com a estagiária estabilizando a cintura pélvica da paciente e realizando a flexão de quadril e joelhos simultaneamente à extensão de cotovelo, incentivando para que a paciente mantenha essa postura.

O exercício para dissociação de tronco, cintura escapular e pélvica foi realizado posicionando a paciente sentada, estagiária posicionada atrás da paciente oferecendo um brinquedo movimentando-o em diagonal em direção ao MI contra-lateral e vice versa; realizando resistência no ombro da paciente à medida que ela tenta alcançar o brinquedo. Desta maneira trabalha-se também fortalecimento dos músculos da cintura escapular.

O treino das reações de equilíbrio foi realizado posicionando a paciente sentada no tatame, os MMII com pouca base de sustentação, e a estagiária realizando estímulos manuais objetivando desequilibrar a paciente. Num segundo momento, posicionou-se a paciente em prono sobre a bola suíça, estabilizando a criança sobre a bola para que ela não caia, e ao mesmo tempo desestabilizando, para que a mesma tente se proteger contra quedas.

O exercício de tomada de peso para MMII foi realizado de maneira associada à co-contracção muscular, posicionando a paciente entre a bola e entre a estagiária, realizando apoio bipodal no tatame a partir de movimentos realizados com a bola.

Para a complementação do tratamento fisioterapêutico optou-se por ensinar a mãe da paciente a estimular o rolar; além de realizar algumas orientações, como deixar a criança em um espaço amplo o suficiente com brinquedos que despertem seu interesse, para que a mesma possa se locomover.

## Resultados

Após o terceiro atendimento, pôde-se perceber que a paciente não rolava mais acidentalmente, e sim de maneira ativa, além de apresentar uma melhora significativa na dissociação de tronco, cintura escapular e pélvica. Quanto aos MMII, pode-se observar, que na última sessão a paciente realizava um pouco mais de

movimentação ativa, mas ainda pequena e sem sustentação de peso.

## Discussão

A mobilização passiva provoca um estímulo das terminações nervosas sensoriais do tendão, do músculo e da articulação. Este conjunto de estímulos sensitivos e sensoriais atingem a medula e vão despertar o aparecimento de impulsos nos neurônios motores que poderão dar origem à contração da fibra muscular [5].

Os exercícios de alongamento, assim como as mobilizações articulares passivas, apresentam como benefício a melhora da ADM, aumento da função muscular, prevenção de encurtamentos e retrações musculares, além da correção de deformidades e melhora a postura [6].

A facilitação neuromuscular proprioceptiva, desenvolvido com base nos conceitos fisiológicos de recrutamento máximo de unidades motoras, atividade reflexa, irradiação, indução, sucessiva e inervação recíproca, preconiza a combinação de movimentos, relacionados com padrões de sinergia muscular e emprego de reflexos posturais e reações de endireitamento, originando os padrões de movimento funcionais [6].

Co-contração refere-se à contração simultânea de músculos, tanto agonistas como antagonistas; funciona a nível ótimo na sustentação do corpo em posturas em que há sustentação de peso [7].

Existem fases existentes bem pouco vivenciadas do DMN e que estas, quando corretamente estimuladas, levam à obtenção de melhor condição de vida para as crianças, tanto presente quanto futuramente. Isto ocorre porque o estímulo dado, mesmo que por um curto período de tempo, faz com que as crianças respondam e vivenciem as fases estimuladas [3].

## Conclusão

Diversos fatores podem ter influenciado o atraso do desenvolvimento motor dessa criança, mas a de maior peso, certamente encontra-se nas complicações respiratórias e necessidade de internamento. Sendo os dois primeiros anos de vida, um período rápido de desenvolvimento e crescimento motor, observa-se a importância do atendimento fisioterápico em unidades hospitalares, não só prevenindo ou tratando diversas patologias, mas também não esquecendo da importância das vivências das fases do DMN para o desenvolvimento total das crianças; e quando necessário, a realização do encaminhamento à unidades ambulatoriais. A identificação e a intervenção precoces são fundamentais para o prognóstico das crianças com distúrbios do desenvolvimento.

Outro fator importante seria a orientação aos pais da importância da estimulação em casa. Não deixando a criança apenas em um local delimitado, impedindo que ela se movimente e se desenvolva.

Com base no que foi discutido acima, sabe-se da importância da atuação da fisioterapia na área pediátrica, mas a população em geral desconhece, o que impede a continuidade de um tratamento devido desistência por parte dos pais. Não bastando a falta de informação da população em geral, há também a falta de incentivo do governo para oferecer programas de saúde direcionados a populações menos favorecidas. Pois além da necessidade de criar programas de saúde, há também a necessidade de viabilizá-los a populações carentes, através de pequenas medidas, como um auxílio locomoção, ou fornecimento de passes para ônibus. Medidas como esta, incentivariam a promoção de saúde e melhoraria a qualidade de vida de uma população desprivilegiada.

## Referências

- [1] BURNS, Y.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. 1 ed. São Paulo: Santos, 1999. p. 31 à 35.
- [2] HALPERN, R., et al. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. **Caderno de Saúde Pública**. v. 12, Supl. 1, Rio de Janeiro, 1996.
- [3] VIGIANO, A. P., et al. A importância em estimular as fases do desenvolvimento motor normal de 0 à 18 meses. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v. 10, n. 2. Curitiba: Universitária Champagnat, outubro/1997 – março/1998.
- [4] MIRANDA, L. T. et al. A Criança com Problemas do Desenvolvimento. **Jornal de Pediatria** – Vol. 79, Supl. 1, 2003.
- [5] LEITÃO, A. **Reabilitação Neurológica**. São Paulo: Art Nova, 1972. p. 46 – 49.
- [6] SÁ, C. S. C. de. SANTOS, F. H. XAVIER, G. F. Intervenção Fisioterapêutica na Paralisia Cerebral. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. jan/jun de 2004. p. 57-65.
- [7] O'SULLIVAN, S. B. SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1993.