

Perfil clínico e sociodemográfico de crianças com paralisia cerebral participantes de um programa de estimulação psicomotora em um hospital de reabilitação

Clinical and sociodemographic profile of children with cerebral palsy participants in a psychomotor stimulation program at a rehabilitation hospital

Perfil clínico y sociodemográfico de niños con parálisis cerebral participantes en un programa de estimulación psicomotora en un hospital de rehabilitación

Recebido: 12/01/2023 | Revisado: 29/01/2023 | Aceitado: 01/02/2023 | Publicado: 05/02/2023

Tiago de Matos Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3781-816X>
Hospital de Reabilitação SARAHA, Brasil
E-mail: tiago.efi@gmail.com

Thalita Costa de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2156-2411>
Centro Universitário Jorge Amado, Brasil
E-mail: thalita.sousa@ucsal.edu.br

Jeane Rodella Assunção

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5367-1973>
Centro Universitário Jorge Amado, Brasil
E-mail: janerodella@hotmail.com

Resumo

A Paralisia Cerebral (PC) pode ser definida como um grupo de desordens do movimento e postura, causando limitação na execução de ações do indivíduo, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento cerebral fetal ou infantil. Existem diversas possibilidades de intervenção em crianças com PC, buscando melhoria da função, dentre elas a Psicomotricidade. Esta pode ser definida como a relação entre o pensamento e a ação, envolvendo a emoção. Dada a importância da utilização da prática psicomotora em crianças com PC, este estudo fornecerá informações importantes para a compreensão do perfil destes pacientes e a partir daí traçar novas possibilidades de estimulação para esta população. Objetivo: Analisar o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com PC que participaram de um programa de estimulação psicomotora em um hospital de reabilitação física. Método: Trata-se de uma análise documental, com estatística descritiva de crianças com PC que participaram de grupos de Estimulação Psicomotora na Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação – Unidade Salvador/BA, entre 2016 e 2020. Resultados: Neste estudo, observou-se predomínio de pacientes com PC do gênero masculino, idade entre 3 e 5 anos, procedentes de Salvador, GMFCS nível I, tipo espástico hemiplégico. Conclusão: Os achados deste estudo são relevantes para a sociedade acadêmica, considerando-se a escassez de estudos envolvendo PC e Psicomotricidade. Além disto, apontam para uma nova possibilidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde, caracterizando-se como uma parte importante do processo de reabilitação desses indivíduos.

Palavras-chave: Atividade motora adaptada; Desempenho psicomotor; Paralisia cerebral.

Abstract

Cerebral Palsy (CP) can be defined as a group of movement and posture disorders, causing limitation in the individual's execution of actions, which are attributed to non-progressive disorders that occurred in fetal or infant brain development. There are several possibilities for intervention in children with CP, seeking to improve function, among them Psychomotricity. This can be defined as the relationship between thought and action, involving emotion. Given the importance of using psychomotor practice in children with CP, this study will provide important information for understanding the profile of these patients and, from there, outlining new stimulation possibilities for this population. Objective: To analyze the clinical and sociodemographic profile of children with CP who participated in a psychomotor stimulation program at a physical rehabilitation hospital. Method: This is a document analysis, with descriptive statistics of children with CP who participated in Psychomotor Stimulation groups in the SARAHA Network of Rehabilitation Hospitals - Salvador/BA Unit, between 2016 and 2020. Results: In this study, it was observed predominance of male CP patients, aged between 3 and 5 years, from Salvador, GMFCS level I, spastic hemiplegic type. Conclusion: The findings of this study are relevant for the academic society, considering the scarcity of studies

involving CP and Psychomotricity. In addition, they point to a new possibility of intervention by health professionals, characterizing an important part of the rehabilitation process of these individuals.

Keywords: Adapted motor activity; Psychomotor performance; Cerebral palsy.

Resumen

La Parálisis Cerebral (PC) se puede definir como un conjunto de trastornos del movimiento y de la postura, que causan limitación en la ejecución de acciones del individuo, que se atribuyen a trastornos no progresivos ocurridos en el desarrollo cerebral fetal o infantil. Existen varias posibilidades de intervención en niños con PC, buscando mejorar la función, entre ellas la Psicomotricidad. Esto se puede definir como la relación entre el pensamiento y la acción, involucrando la emoción. Dada la importancia de la práctica de la psicomotricidad en niños con PC, este estudio aportará información importante para conocer el perfil de estos pacientes y, a partir de ahí, delinear nuevas posibilidades de estimulación para esta población. Objetivo: Analizar el perfil clínico y sociodemográfico de niños con PC que participaron en un programa de estimulación psicomotora en un hospital de rehabilitación física. Método: Se trata de un análisis documental, con estadísticas descriptivas de niños con PC que participaron de grupos de Estimulación Psicomotora en la Red SARAH de Hospitales de Rehabilitación - Unidad Salvador/BA, entre 2016 y 2020. Resultados: En este estudio, se observó predominio de Pacientes masculinos con PC, con edades entre 3 y 5 años, de Salvador, GMFCS nivel I, tipo hemipléjico espástico. Conclusión: Los hallazgos de este estudio son relevantes para la sociedad académica, considerando la escasez de estudios que involucren PC y Psicomotricidad. Además, apuntan para una nueva posibilidad de intervención por parte de los profesionales de la salud, caracterizando una parte importante del proceso de rehabilitación de estos individuos.

Palabras clave: Actividad motriz adaptada; Desempeño psicomotor; Parálisis cerebral.

1. Introdução

A Paralisia Cerebral (PC) pode ser definida como um grupo de desordens do movimento e da postura, causando limitação na execução de tarefas ou ações do indivíduo, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil (Rosenbaum et al., 2007). De acordo com MacLennan et al. (2019), a PC é um distúrbio permanente de movimento e postura devido a uma lesão cerebral não progressiva ou lesão adquirida durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal precoce e inclui causas genéticas, ambientais e outras. Afeta cerca de dois a cada 1000 recém-nascidos no mundo (Paneth et al., 2006). As desordens motoras da PC são geralmente, acompanhadas de distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários (Horstmann & Bleck, 2007).

De acordo com Gallahue et al. (2013), o processo de desenvolvimento humano envolve os aspectos do comportamento e é influenciado por fatores individuais, pelo ambiente e pela própria tarefa. No caso das crianças com Paralisia Cerebral, este processo acaba se dando de uma forma mais lenta, seja pelas características do indivíduo (presença de deformidades, aumento de tônus muscular, fraqueza muscular), seja pelo ambiente que muitas vezes acaba não sendo tão estimulador e favorável à aquisição destas habilidades.

Considerando o modelo de ampulheta proposto por Gallahue e Ozmun (2003) é fundamental que as habilidades motoras destas crianças sejam trabalhadas da forma mais diversificada possível, tanto pela família, quanto pela escola e pelos centros de reabilitação logo nos primeiros anos de vida.

Pode ser decorrente de diferentes etiologias, levando a uma variedade de desordens de movimento e com características clínicas variadas (Assis-Madeira & Carvalho, 2009). De acordo com Funayama et al. (2000), existem múltiplos fatores de risco para a paralisia cerebral, sendo que eles podem ser: pré-natais, perinatais ou pós-natais.

A PC pode ser classificada quanto a:

- Local da lesão: pode ser espástica (lesão no córtex motor); discinética (lesão que atinge o trato extrapiramidal, podendo ser do tipo atetose, coréia e distonia); atáxica (comprometimento do cerebelo ou trato cerebelar); hipotônica ou mista (quando não for possível estabelecer o predomínio, podendo ser uma combinação das formas espástica e discinética) (Bax et al., 2005).

- Topográfica: a depender do predomínio dos membros acometidos pode ser classificada como monoplegia, hemiplegia, diplegia, triplegia ou quadriplegia (Gauzzi & Fonseca, 2008).

- Função Motora Grossa - GMFCS (Gross Motor Function Classification System): tem como base as limitações funcionais, necessidade de auxiliares de locomoção e cadeiras de roda. Possui cinco níveis de classificação de acordo com a idade: Nível I (deambula sem limitações), nível II (deambula com limitações), nível III (deambula utilizando um dispositivo manual de mobilidade), nível IV (Auto-mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada) e nível V (Transportado em uma cadeira de rodas manual) (Palisano et al., 2008a).

Crianças com PC, apesar de fazerem parte de um único grupo de distúrbios, apresentam diferentes tipologias, classificações e características clínicas e, por isso, são consideradas como um grupo heterogêneo (Palisano et al., 2008b). Crianças com PC com maior nível de comprometimento motor apresentam mais dificuldades para tornarem-se ativas, quando comparadas àquelas com menor nível (Gauzzi & Fonseca, 2008; Kinsman, 2002).

Segundo Rotta (2002), existem diversas possibilidades e propostas de intervenção com crianças e adolescentes com PC, buscando melhoria da qualidade e da função. Tratamentos cirúrgicos (artro deses, alongamentos musculares, osteotomias, transferências tendinosas), eletroestimulação, trocas gessadas, uso de órteses, aplicação de toxina botulínica, uso de tecnologias assistivas, esporte terapia, musicoterapia, hidroterapia e psicomotricidade.

A Psicomotricidade, como ciência, é entendida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e o corpo, e, entre o psiquismo e a motricidade, emergentes da personalidade total, singular e evolutiva que caracteriza o ser humano, nas suas múltiplas e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-cognitivas e psicossociocognitivas (Fonseca, 2012). Pode ser definida ainda como a relação entre o pensamento e a ação, envolvendo a emoção (Bastos Filho & Sá, 2001). Segundo a Associação Brasileira de Psicomotricidade “é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo” (Associação Brasileira de Psicomotricidade, 2019). Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas.

A Psicomotricidade é sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto.

A palavra Psicomotricidade foi usada pela primeira vez com viés médico, voltado para a área neurológica. Com o passar dos tempos, diversos estudiosos trouxeram suas contribuições para este novo campo, trazendo consigo um novo olhar (Fonseca, 2004; Le Boulch, 2003; Saboya, 1995; Wallon, 1978).

Na concepção atual, é impossível separar as funções motoras das funções puramente cognitivas e afetivas. Pode-se afirmar que o desenvolvimento psicomotor se opõe à dualidade entre a psique e o corpo (Fonseca, 2004).

Os autores De Meur e Staes (1989) definem como elementos da psicomotricidade, também chamados de aspectos psicomotores, o esquema corporal, a lateralidade, a tonicidade, a orientação espacial e temporal, o equilíbrio e a coordenação motora.

Sabe-se que a psicomotricidade é uma ciência que envolve o desenvolvimento integrado de habilidades motoras associadas aos aspectos emocionais e cognitivos do indivíduo. Sendo assim, a compreensão do perfil de crianças com PC que participam de programas de Psicomotricidade possibilitará aos profissionais traçar planos mais adequados de intervenção, bem como permitirá uma melhor orientação às famílias quanto aos objetivos dessas atividades.

Diante do exposto, o trabalho se propôs analisar o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com paralisia cerebral que participaram de um Programa de Estimulação Psicomotora em um Hospital de Reabilitação.

2. Metodologia

Estudo de natureza aplicada, descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Utilizou-se a técnica de análise documental, das informações de crianças com Paralisia Cerebral, disponíveis em prontuário eletrônico, que participaram de grupos de Estimulação Psicomotora no Programa de Reabilitação Infantil da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA, no período de fevereiro de 2016 a dezembro de 2020.

Segundo Bardin (2011); Prodanov e Freitas (2013) e Sá-Silva et al. (2009), o uso de documentos em pesquisa é um instrumento que pode trazer informações importantes como fonte de pesquisa, além da contextualização histórica e sociocultural a partir da ampliação do entendimento do objeto de estudo.

A amostra foi composta por 70 prontuários de pacientes de 0 a 8 anos de idade, de ambos os sexos. Os dados foram analisados estatisticamente de acordo com as seguintes variáveis clínicas e sociodemográficas: idade, sexo, procedência, diagnóstico, local da lesão, topografia da lesão, nível GMFCS e frequência de participação nos grupos.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais, sob o CAEE nº 45016221.9.0000.0022.

3. Resultados e Discussão

No que diz respeito aos grupos de Estimulação Psicomotora, dentro da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA, eles tiveram início no final de 2015, com a proposta de trabalhar os aspectos motores e cognitivos de crianças com deficiência física, com diferentes diagnósticos que apresentam algum atraso no seu desenvolvimento.

Por meio de circuitos, jogos, atividades lúdicas e brincadeiras, tem-se o objetivo de trabalhar os aspectos motores como equilíbrio, força, coordenação motora, lateralidade, orientação espaço-temporal, esquema corporal, além dos aspectos cognitivos como atenção, memória e planejamento motor. A ideia é que todas as atividades possam ser reproduzidas pela família dentro do ambiente domiciliar e comunitário, de tal forma que os materiais e objetos utilizados nas aulas de fácil aquisição e/ou adaptação.

Embora exista uma grande heterogeneidade em função dos diversos diagnósticos clínicos dos participantes, houve uma tentativa de agrupá-los de acordo com os estágios do desenvolvimento cognitivo e motor em que se encontram. As aulas aconteceram com frequência semanal e duração de aproximadamente 60 minutos, sendo que este acompanhamento ocorreu em média ao longo de um semestre, podendo ser estendido caso os objetivos propostos ainda não tenham sido alcançados ou existam novas demandas ao longo deste período.

O encaminhamento destes pacientes para os grupos era feito pela respectiva equipe de referência na Reabilitação Infantil. Os grupos eram conduzidos por dois profissionais, sendo normalmente um professor de Educação Física e outro profissional: Terapeuta, Psicólogo ou Professor Hospitalar.

A Tabela 1 apresentam os dados sociodemográficos dos indivíduos que frequentaram os grupos de Estimulação Psicomotora, dentro da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA no período de fevereiro de 2016 a dezembro de 2020.

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos.

Características	Absoluto N=70
Sexo	
Meninos	40 (57%)
Meninas	30 (43%)
Idade (anos) – Teoria Desenvolvimento Psicossocial – Erikson	
1º Estágio (0 – 18 anos)	0 (0%)
2º Estágio (18 meses – 3 anos)	21 (30%)
3º Estágio (3 – 5 anos)	33 (47%)
4º Estágio (5 – 13 anos)	16 (23%)
Procedência	
Salvador	46 (66%)
Região Metropolitana	9 (13%)
Interior (BA)	14 (20%)
Outros Estados	1 (1%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Analisando os dados da Tabela 1, percebe que houve predominância do sexo masculino (57%) quando comparado ao feminino (43%) na participação dos grupos de estimulação psicomotora. Alguns trabalhos epidemiológicos sobre PC publicados no Brasil e exterior revelam uma tendência ao predomínio de pacientes do sexo masculino sobre o feminino. Tais resultados também foram encontrados em outros estudos (Caraviello et al., 2006; Pfeifer et al., 2009; Toledo et al., 2015; Vieira & Chagas, 2017). O estudo de Cavalcante et al. (2017), não corrobora com tais achados em que a quantidade de pacientes do sexo feminino e masculino se manteve igual.

Em relação à faixa etária, houve prevalência de pacientes com idade entre três a cinco anos (47%), seguido de pacientes com idade entre 18 meses e três anos (30%). No trabalho, em que foi feito um levantamento de pacientes com PC atendidos em um Centro Especializado de Reabilitação de Salvador, a faixa etária mais predominante foi entre quatro e oito anos (42,4%), seguido pela faixa etária abaixo de quatro anos (28,8%) (Vieira & Chagas, 2017).

Já no estudo de Toledo et al. (2015) em que foi traçado o perfil epidemiológico dos pacientes com PC, atendidos em um Centro de Reabilitação de São José dos Campos, a maior prevalência foi de crianças entre 4 e 6 anos (32%), seguido pela faixa etária de 2 a 4 anos (21%). Em um estudo descritivo realizado em duas instituições de saúde a nível ambulatorial em Fortaleza (CE) a faixa etária das crianças variou de 4 a 12 anos, com predominância do grupo etário de seis a oito. No que diz respeito à procedência, o maior número de pacientes foi proveniente da cidade de Salvador (66%), seguido de pacientes do interior do Estado da Bahia (20%) (Cavalcante et al., 2017).

Importante ressaltar que os grupos de estimulação psicomotora, realizados dentro da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA, abrangem crianças até aproximadamente sete - oito anos de idade, sendo que a partir daí eles passam a ser encaminhados para outros grupos: Atividade esportiva, Dança, Jogos Virtuais, entre outros.

A Tabela 2 apresentam os dados clínicos a partir do local da lesão, topografia da lesão, auxílio-locomoto e classificação quanto ao Nível GMFCS dos participantes dos grupos.

Tabela 2 - Dados Clínicos.

Característica	Absoluto N=70
Local da Lesão	
Espástica	63 (90%)
Discinética	07 (10%)
Atáxica	0 (0%)
Topografia da Lesão	
Monoplegia	0 (0%)
Hemiplegia	32 (51%)
Diplegia	30 (48%)
Triplegia	1 (2%)
Quadriplegia	0 (0%)
Auxílio – Locomoção	
Andador	7 (10%)
Bengala	1 (1%)
Cadeira de Rodas	0 (0%)
Sem auxílio	62 (89%)
Classificação quanto ao Nível GMFCS	
I	50 (71%)
II	14 (20%)
III	6 (9%)
IV	0 (0%)
V	0 (0%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Quanto ao local da lesão, foi observada uma predominância do tipo Espástica (90%), seguida do tipo Discinética (10%). Tais resultados também foram encontrados em outros estudos (Toledo et al., 2015; Vieira & Chagas, 2017) como lesão predominante.

Já com relação à topografia da lesão, observa-se porcentagem equivalente de 51% para hemiplegia, seguido de diplegia (48%). Estes resultados são diferentes dos encontrados em outros trabalhos (Caraviello et al., 2006; Pereira, 2018).

Já no estudo de Vieira e Chagas (2017) foi encontrado uma prevalência do tipo tetraplegia (61,8%), seguido de diplegia (21,8%), enquanto no trabalho de Toledo et al. (2015) foi encontrado porcentagem equivalente para tetraplegia e diplegia (43%), seguido de hemiplegia (12%). Possivelmente esta prevalência de pacientes hemiplégicos e diplégicos encontrados neste trabalho deve-se ao fato de que um dos critérios para encaminhamento de pacientes para os grupos de estimulação psicomotora é a capacidade do paciente de deambular (seja de forma independente ou com uso de auxílio locomoção).

Um total de 62 indivíduos da amostra (89%) não fazia uso de nenhum meio auxiliar de locomoção, enquanto 07 indivíduos (10%) faziam uso de andador e apenas 01 indivíduo (1%) fazia uso da bengala. Nos estudos analisados, não foi encontrada nenhuma menção ao tipo de auxílio locomoção utilizado pelos pacientes.

Quanto ao potencial funcional, observamos a maioria dos pacientes (71%) classificados como nível I do GMFCS, seguido por pacientes classificados como nível II (20%) e por último, 6 indivíduos (9%) classificados como nível III do GMFCS. No estudo de Toledo et al. (2015) houve prevalência do nível IV (29%), seguido pelos níveis III e V (21%), enquanto pacientes classificados como nível I representaram apenas 9% (Toledo et al., 2015). Esta diferença entre esses achados possivelmente deve-se ao fato do perfil exigido para os encaminhamentos para os grupos de estimulação Psicomotora realizados dentro da Rede SARA H de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA: pacientes com comprometimento

motor leve e forma de deslocamento já adquirida, com desenvolvimento cognitivo capaz de contemplar o atendimento aos comandos e a compreensão das regras.

A inclusão de indivíduos com deficiência em programas de atividades motoras bastante diversificadas poderá favorecer uma aprendizagem mais rica e complexa (Rodrigues, 2006). Estudos revelam que os esportes adaptados, como a natação ou atividades motoras, são benéficos na PC por motivar a neuroplasticidade, melhora da percepção corporal por estimular e fortalecer a musculatura paralisada, proporcionando benefícios na postura e mobilidade, aperfeiçoando movimentos básicos e fundamentais para a realização de atividades do cotidiano (Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, 2005; Pereira & Garcez, 2010; Souza, 2006).

De acordo com Bueno (2013), a psicomotricidade busca instaurar ou recuperar a criatividade que pode ter sido perdida, ou não adquirida, devido a falhas no processo de troca do sujeito com o ambiente a partir da vivência corporal. O importante é essa criança realizar o movimento que deseja, sem busca de perfeição e sim de realização, desenvolvendo suas habilidades de forma inteligente com seu potencial íntegro ou afetado por alguma deficiência.

4. Conclusões

Neste estudo, observou-se que na população de paciente atendida nos grupos de Estimulação Psicomotora dentro da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação - Unidade Salvador/BA, houve predomínio do sexo masculino, faixa etária entre três e cinco anos, procedentes de Salvador, GMFCS nível I, tipo espástico hemiplégico, seguido de diplégico.

O desenvolvimento do indivíduo é um processo complexo, estrutural e funcional que está associado ao crescimento, maturação e aprendizagem. Segundo Gallahue et al. (2013) é considerado um processo sequencial e contínuo de mudanças, que se iniciam na concepção e terminam com a morte. A Paralisia Cerebral, por sua vez, interfere neste processo ao longo da vida das crianças, ao passo que a Psicomotricidade, constitui uma variável de fundamental relevância nesse processo de desenvolvimento.

Considerando que a infância é um período essencial para o desenvolvimento motor, os centros de reabilitação tem um papel relevante neste processo, uma vez que eles são os locais que na maioria das vezes realizarão o programa de reabilitação destas crianças, por meio de atividades motoras e cognitivas. É durante a infância que ocorre o desenvolvimento das habilidades motoras fundamentais que servirão como base para o desenvolvimento das demais habilidades motoras do indivíduo (Gallahue et al., 2013).

Na contramão de tudo isso, o acesso de crianças com PC a espaços e programas de lazer e de atividades físicas é bastante precário, devido a diversas barreiras de acessibilidade, sociais, culturais, dentre outros. Tal situação acaba influenciando em todo o processo de desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo dessas crianças. Segundo Pereira et al. (2011), a acessibilidade torna-se relevante por mostrar à sociedade que é de fundamental importância na vida dessas crianças com PC, como na de todos os seres humanos, o direito de interagir com o meio e construir seus valores na sociedade. Sendo assim, a psicomotricidade desponta como uma possibilidade de tornar o tratamento mais efetivo e significativo, uma vez que permite aos profissionais avaliar e intervir em pontos importantes, tanto do ponto de vista motor, quanto cognitivo e afetivo.

Os achados deste estudo podem ser utilizados pela sociedade acadêmica, considerando-se a escassez de estudos envolvendo Paralisia Cerebral e Psicomotricidade. Além disto, estes resultados apontam para uma nova possibilidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde, caracterizando-se como uma parte importante do processo de reabilitação destes indivíduos.

Referências

- Assis-Madeira, E. A., & Carvalho, S. G. de. (2009). Paralisia Cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 9(1), 142–163.
- Associação Brasileira de Psicomotricidade. (2019). *O que é Psicomotricidade*. <https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70 Almedina.
- Bastos Filho, A., & Sá, C. M. F. (2001). *Psicomovimentar*. Papirus.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaun, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B., Damiano, D., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B., & Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. In *Developmental Medicine and Child Neurology* (Vol. 47, Issue 8). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S001216220500112X>
- Bueno, C. S. (2013). A pratica psicomotora na relação afetiva da criança portadora de paralisia cerebral. *SYNTHESIS - Revista Digital FAPAM*, 4(1), 44–51.
- Caraviello, E. Z., Cassefo, V., & Chamlian, T. R. (2006). Estudo epidemiológico dos pacientes com paralisia cerebral atendidos no Lar Escola São Francisco. *Medicina de Reabilitação*, 25(3), 63–67.
- Cavalcante, V. M. V., Martins, M. C., Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., Frota, M. A., & Carvalho, Z. M. F. (2017). Perfil epidemiológico das crianças com paralisia cerebral em atendimento ambulatorial [Epidemiological profile of children with cerebral palsy receiving care at outpatient clinics]. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0), 8780. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.8780>
- Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada. (2005). *Atividade Física Adaptada: Políticas de Acessibilidade* (E. Mauerberg-deCastro & Verena Junghähnel Pedrinelli (Eds.)). TecMedd.
- de Meur, A., & Staes, L. (1989). *Psicomotricidade educação e reeducação*. Manole.
- Fonseca, V. da. (2004). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. ArtMed.
- Fonseca, V. (2012). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica* (2nd ed.). Wak Editora.
- Funayama, C. A. R., Penna, M. A., Turcato, M. de F., Caldas, C. A. T., Santos, J. S., & Moretto, D. (2000). Paralisia cerebral diagnóstico etiológico. *Medina, Ribeirão Preto*, 33, 155–160.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2003). *Compreendendo o desenvolvimento motor* (2nd ed.). Phorte.
- Gallahue, D., Ozmun, J. C., & Goodway, J. D. (2013). *Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos* (7th ed.). AMGH Editora Ltda.
- Gauzzi, L. D., & Fonseca, L. F. (2008). Classificação da paralisia cerebral. In C. L. A. de Lima & L. F. Fonseca (Eds.), *Paralisia cerebral: Neurologia, Ortopedia, Reabilitação* (2nd ed., p. 688). MedBook.
- Horstmann, H. M., & Bleck, E. E. (Eds.). (2007). *Orthopaedic management in cerebral palsy* (2nd ed.). Mac Keith Press. (Clinics in Development Medicine; n.173/174).
- Kinsman, S. L. (2002). Predicting Gross Motor Function in Cerebral Palsy. *JAMA*, 288(11), 1399. <https://doi.org/10.1001/jama.288.11.1399>
- Le Boulch, J. O. (2003). *Desenvolvimento Psicomotor do Nascimento até 6 anos*. Artes Médicas.
- MacLennan, A. H., Lewis, S., Moreno-De-Luca, A., Fahey, M., Leventer, R. J., McIntyre, S., Ben-Pazi, H., Corbett, M., Wang, X., Baynam, G., Fehlings, D., Kurian, M. A., Zhu, C., Himmelmann, K., Smithers-Sheedy, H., Wilson, Y., Ocaña, C. S., van Eyk, C., Badawi, N., & Gecz, J. (2019). Genetic or Other Causation Should Not Change the Clinical Diagnosis of Cerebral Palsy. *Journal of Child Neurology*, 34(8), 472–476. <https://doi.org/10.1177/0883073819840449>
- Palisano, R. J., Rosenbaum, P., Bartlett, D., & Livingston, M. H. (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(10), 744–750. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x>
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D. D., Wood, E., & Galuppi, B. (2008). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39(4), 214–223. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x>
- Paneth, N., Hong, T., & Korzeniewski, S. (2006). The descriptive epidemiology of cerebral palsy. *Clinics in Perinatology*, 33(2), 251–267. <https://doi.org/10.1016/J.CLP.2006.03.011>
- Pereira, H. V. (2018). Paralisia cerebral. *Residência Pediátrica*, 8(Supl. 1), 49–55. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8s1-09>
- Pereira, L. M. F., Caribé, D., Guimarães, P., & Matsuda, D. (2011). Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. *Fisioter. Mov.*, 24(2), 299–306.
- Pereira, V. de A., & Garcez, E. M. (2010). Aspectos emocionais da paralisia cerebral na natação adaptada. *EFDeportes*, 15(148), 6. <https://www.efdeportes.com/efd148/paralisia-cerebral-na-natacao-adaptada.htm>
- Pfeifer, L. I., Silva, D. B. R., Funayama, C. A. R., & Santos, J. L. (2009). Classification of cerebral palsy: association between gender, age, motor type, topography and Gross Motor Function. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 67(4), 1057–1061. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600018>

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. de. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. In *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2nd ed.). Feevale.

Rodrigues, D. (2006). *Atividade motora adaptada : a alegria do corpo*. Artes Médicas.

Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(Suppl. 2), 8–14. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x>

Rotta, N. T. (2002). Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, 78(Supl. 1), S48–S54.

Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1). <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>

Saboya, B. (1995). *Bases Psicomotoras. Aspectos Neuropsicomotores e Relacionais no Primeiro Ano de Vida* (2nd ed.). Trainel.

Souza, P. A. (2006). Educação física, esporte e Saúde: efeitos preventivos de reabilitação e terapêuticos. In Davi Rodrigues (Ed.), *Atividade Motora Adaptada: a Alegria do Corpo* (p. 230). Artes Médicas.

Toledo, C. A. W. de, Pereira, C. H. C. N., Vinhaes, M. M., Lopes, M. I. R., & Nogueira, M. A. R. J. (2015). Health profile of children diagnosed with cerebral palsy treated at the Lucy Montoro Rehabilitation Center in São José dos Campos. *Acta Fisiátrica*, 22(3), 118–122. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150023>

Vieira, J. L. R., & Chagas, J. R. L. P. (2017). Perfil funcional e sócio demográfico dos pacientes com Paralisia Cerebral em reabilitação num centro de referência em Salvador. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 21(2), 100–108.

Wallon, H. (1978). *A evolução psicológica da criança* (W. Henri (Ed.)). Edições 70 / Persona.