

INDICADORES DE PERFIL DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL PARA INTRODUÇÃO DE COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA

Camila Cristina Camilo Mendes¹; Jáima Pinheiro de Oliveira²

camilamendesfono@gmailcom

¹ Fonoaudióloga Bolsista do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e discente da Especialização em Reabilitação e Tecnologia da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP); ² Orientadora; Docente do Departamento de Educação Especial e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)

Introdução

A paralisia cerebral refere-se a um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre ao decorrer do desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, e pode provocar limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. (ROSENBAUM *et al.*, 2007)

Segundo Zanini et al (2009) estudos epidemiológicos sobre a incidência e prevalência da Paralisia Cerebral variam muito em relação aos países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, principalmente, em razão das causas, que podem ser congênitas, genéticas, infecciosas, anóxicas e metabólicas, dentre outras. De maneira geral, em países desenvolvidos, taxas entre 2,0 e 3,0 por 1.000 nascidos vivos são estimadas. Em países em desenvolvimento, a incidência é maior, chegando a 7 por 1.000 nascidos vivos. No Brasil, os dados estimam cerca de 30.000 a 40.000 novos casos por ano. Além disso, as evidências sugerem que, apesar dessa alteração ocorrer em período pré, peri e pós-natal, a maioria dos casos (de 70% a 80%) são de origem pré-natal.

Podem acompanhar a desordem motora na paralisia cerebral, distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, comportamental, por epilepsia e por problemas muscoesqueléticos secundários, assim como comprometimentos comunicativos (ROSENBAUM *et al.*, 2007).

Diante dos diferentes quadros clínicos que as crianças com paralisia cerebral podem apresentar, alguns autores, tais como Christofolletti et al (2007) referem que são necessários os mais distintos cuidados com essa população. Esses cuidados objetivam promover a saúde, a independência funcional e a qualidade de vida. Dentre os tratamentos citados, sem dúvida alguns merecem destaque: a medicina (clínica e cirúrgica), a farmacologia, a psicologia, a fisioterapia, a terapia ocupacional, a fonoaudiologia e a educação física (CHRISTOFOLLETTI *et al.*, 2007). Especificamente sobre a Fonoaudiologia, os cuidados estão mais voltados para os aspectos de deglutição, mastigação, fala, linguagem e cognição. . Na ausência da fala, viabiliza-se a introdução e uso de vias alternativas de comunicação, que podem ser de alta ou baixa tecnologia assistiva (CESA; RAMOS-SOUZA;KESSLER, 2010).

As limitações em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor na criança que apresenta paralisia cerebral, podem acarretar em limitações de experiência e interação com pessoas, objetos e eventos para a manipulação dos objetos, repetições de ações, domínio do próprio corpo e esquema corporal. Isso,

por sua vez, acarreta em perdas de oportunidades concretas da criança que possam viabilizar seu repertório de desenvolvimento, ocasionando alterações nas áreas perceptiva, cognitiva, linguística e social (GREEN; HURTVITZ, 2007).

Nos casos em que os prejuízos causados pela paralisia cerebral não permitem o desenvolvimento da comunicação oral, é indiscutível a necessidade de uma reabilitação voltada para aspectos de comunicação suplementar e alternativa, com os mais distintos suportes profissionais, a fim de que essa comunicação seja inserida na rotina dessa criança (YOSHIMURA *et al.*, 2006).

É fundamental que o usuário e seus parceiros desenvolvam um processo de ensino-aprendizagem de aspectos da comunicação por meio de recursos alternativos. Esse desenvolvimento pode envolver recursos de baixa e alta tecnologia (MORESCHI, ALMEIDA, 2012). Deliberato e Manzini (2006) definiram recursos de alta tecnologia como computadores, máquinas que sintetizam sons, tabuleiros sonoros e recursos de baixa tecnologia, citam os exemplos de pranchas confeccionados em papel.

Objetivo

Buscar indicadores de perfil de uma criança com Paralisia Cerebral que forneçam suporte para a introdução de aspectos de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) em situação clínica.

Método

Participou desse estudo¹ uma criança de 5 anos e 7 meses de idade, do gênero feminino com diagnóstico de Paralisia Cerebral e Transtorno de linguagem, segundo avaliação fonoaudiológica. A criança frequentava o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), com atendimentos realizados no Centro Especializado em Reabilitação (CER)/Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES) – UNESP – Marília/SP. Também participou do estudo a mãe da referida criança, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confirmando a sua participação voluntária na pesquisa, incluindo a necessidade de investigações específicas que dependiam de sua participação.

O critério principal de inclusão da participante na pesquisa foi apresentar alteração de comunicação oral e participação assídua em atendimentos fonoaudiológicos vinculados ao PAP. Além disso, foram considerados outros critérios, a saber: diagnóstico de Paralisia Cerebral, idade entre 5 e 8 anos e estar frequentando o PAP há menos de 1 ano, tempo que sugere que ainda não tenha sido estabelecido um sistema de comunicação alternativa de maneira completa, em relação ao uso e disseminação desse sistema em outros ambientes (escola, por exemplo). Foram excluídos da pesquisa, os participantes que não atingiram esses critérios.

Os instrumentos de coleta de dados foram: Communication Function Classification System (CFCS) com desenvolvimento e validação proposta por Hidecker et al (2011). A escala tem como objetivo classificar o desempenho da comunicação do dia a dia de indivíduos com Paralisia Cerebral, em cinco níveis; O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS – Gross Motor Function Classification System) para Paralisia Cerebral, proposto por Palisano et al (1997) e que baseia-se no movimento iniciado voluntariamente, enfatizando particularmente o sentar (controle de tronco) e o andar; Protocolo de identificação do vocabulário de alunos com deficiência comunicadores alternativos (MAR-

¹Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), sob o parecer de número 3.123.216.

TINS; DELIBERATO, 2015) e Protocolo de habilidades comunicativas proposto por Oliveira (2004).

Para atender a análise de dados de cada instrumento e o objetivo do estudo, todas as sessões realizadas foram filmadas em vídeo, transcritas e analisadas quanto ao perfil motor e de habilidades comunicativas da criança. A análise de dados foi realizada com base na proposta de cada instrumento.

Resultados e Discussão

Perfil motor

Quanto à função motora grossa de indivíduos com Paralisia Cerebral, a paciente encontra-se no nível V, apresentou escore total de 21,16 % mediante a somatória de todos os escores em cada dimensão. Apresentou melhor desempenho no domínio A. Deitar e rolar, de 58%, seguido pelo domínio B. Sentar, 43%. Apresentou escore de 2,5 no domínio D. Em pé, e escore de 2,3 % no domínio C. Engatinhar e Ajoelhar. Quanto ao escore E. Andar, Correr e Pular, paciente apresentou escore de 0%. A seguir, na Tabela 1, é possível verificar tais dados.

Tabela 1 – Dimensões e escores apresentados pela paciente de acordo com a Medição da função motora grossa.

Dimensão	Calculo dos escores em % usando adaptações/órteses	Escore total (Soma de todos os escores em cada dimensão)
Deitar e rolar	58 %	21,16
Sentar	43 %	
Engatinhar e ajoelhar	2,3 %	
Em pé	2,5 %	
Andar, correr e pular	0 %	

Fonte: elaboração própria.

Perfil comunicativo

CFCS

Quanto ao desempenho da comunicação, a partir da análise do CFCS, foi possível verificar que, no momento de avaliação clínica, a criança encontrava-se no Nível IV - Emissor e/ou receptor inconsistente com interlocutores habituais. A criança não alterna de modo consistente entre os papéis de emissor e de receptor e, portanto, ela foi considerada emissora com limitações mas receptora competente com interlocutores habituais.

Habilidades Comunicativas

Categoria: Pedidos

Essa categoria expõe a presença ou ausência de emissões pelas quais o indivíduo requer de outra pessoa um objeto, uma informação, a realização de uma ação ou ainda permissão para realizar uma ação. Essa categoria subdivide-se em quatro subcategorias. A seguir será apresentado, no Quadro 1, o desempenho da criança, com exemplos.

Quadro 1 – Categoria de Pedidos e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Pedido de objeto	Presente	Verbalização : “Pega”
Pedido de ação	Presente	Movimentos de mão e cabeça para chamar a mãe

Fonte: elaboração própria.

Categoria: Centradas na criança

Essas categorias expõem emissões pelas quais o indivíduo expressa ações, sentimentos, reações ou intenções próprias. Essa categoria subdivide-se em quatro subcategorias. A seguir, será apresentado, no Quadro 2, o desempenho da criança, com exemplos.

Quadro 2 – Categoria Centradas na Criança e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Reativos	Presente	Movimentos de surpresa com olhares e sorrisos
Protesto	Presente	Expressões faciais indicando respostas negativas

Fonte: elaboração própria.

Categoria: Centrada em objetos

Essa categoria expõe emissões estritamente ligadas a objetos, com os quais a criança está interagindo. Essa categoria subdivide-se em sete subcategorias. A seguir, será apresentado, no Quadro 3, o desempenho da criança, com exemplos:

Quadro 3 – Categoria Centrada em Objetos e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Nomeação	Presente	Nomeou objetos e miniaturas de animais
Indicação	Presente	Toca a mãe quando queria mostrar um referido objeto/ minituara de animais. Toca partes do corpo da boneca quando quer indicar a referente parte do corpo.
Exploratória	Presente	Olhou e tocou miniaturas de animais
Propriedades	Presente	Nomeou a cor da banana
Localização	Presente	Referiu que a banana estava sobre a mesa (mesa estava dentro de seu campo visual).
Jogo	Presente	Toca os objetos e direciona o olhar para o interlocutor.

Fonte: elaboração própria.

Categoria: Comentários

Essa categoria expõe emissões usadas para informar, criticar, julgar, aprovar, confirmar uma determinada ação ou evento externo. Essa categoria é subdividida em cinco subcategorias. A seguir, será apresentado no quadro 4, o desempenho da criança, com exemplos:

Quadro 4 – Categoria Comentários e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Sugestões	Presente	Emitir “aqui” e aponta para o local sugerido.
Admiração	Presente	Surpresa: expressões faciais (pisca os olhos, sorri) movimentos de tronco e cabeça para trás.
Confirmação	Presente	Emitir “Sim”, seguidos de movimentos de cabeça de modo afirmativo.

Fonte: elaboração própria.

Categoria: Organização da Comunicação

Essa categoria expõe emissões pelas quais a criança pode iniciar, manter, prolongar ou interromper a interação com o interlocutor. Essa categoria subdivide-se em cinco subcategorias. A seguir, será apresentado no quadro 5, o desempenho da criança, com exemplos:

Quadro 5- Categoria Organização da Comunicação e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Vocativo	Presente	Verbalização “mãe”
Resposta	Presente	Para respostas afirmativas: Movimentos de cabeça e expressões faciais (sorriso, piscas os olhos) Respostas negativas: Felicidade: Sorriso, movimentos de membros inferiores, movimentos de tronco e cabeça para frente e para trás. Emitir “êe” quando acertava algo, como se comemorasse. Movimentos de membros inferiores (braços e mãos quando se despede de alguém). Vira a cabeça para o lado para prestar atenção no que a mãe está falando. Quando está com um objeto na mão e a terapeuta questiona sobre ele, bate-o na mesa, ou realiza movimentos com as mãos para cima, e para frente para mostra-lo à terapeuta.

Fonte: elaboração própria.

Categoria: Miscelânea

Essa categoria expõe funções sem classificação, porém com intenção comunicativa. Essa categoria subdivide-se em quatro subcategorias. A seguir, será apresentado no quadro 6, o desempenho da criança, com exemplos:

Quadro 6 – Categoria Miscelânea e subcategorias apresentadas pela criança.

Subcategoria	Presente/Ausente	Exemplo
Jogo Compartilhado	Presente	Forneceu peças de um jogo indicando que era a vez da terapeuta jogar.
Repetição	Presente	Emitiu palavras-chave da história contada em uma sessão anterior “tartaruga, barriga, verde” Emitiu palavra “vira” de forma contínua (repetidas vezes), na hora de virar a página da história.

Fonte: elaboração própria

Vocabulário

De acordo com as respostas obtidas junto à mãe por intermédio do Protocolo de identificação do vocabulário de alunos com deficiência comunicadores alternativos (MARTINS; DELIBERATO, 2015), há indicadores de que a criança possui amplo vocabulário, pois a mãe indicou a presença deles em todas as categorias. Os vocábulos que são de conhecimento da paciente, de acordo com a mãe, estão expostos no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 – Vocábulos que são de conhecimento da paciente de acordo com respostas indicadas pela mãe.

CATEGORIAS	VOCÁBULOS INDICADOS
Pessoas, profissões, pronomes pessoais- vocábulos que designam pessoas, profissionais ou grupo de pessoas.	Avó/Avo; Bebe; Eu; Irmã; Irmão; Mãe; Menina/Menino; Mulher; Pai; Pessoas; Professor/Professora; Tio; Vizinho; Coleguinha
Alimentos	Água; Arroz; Banana; Bolacha; Bolo; Café; Carne; Chocolate; Danone; Doce; Guaraná; Papá Feijão; Laranja; Leite; Maçã; Macarrão; Mamão; Ovo; Pão; Pizza; Refrigerante; Remédio; Salgadinho; Sorvete; Suco.
Partes do corpo	Barriga; Boca; Braço; Cabeça; Cabelo; Dedo Dente; Joelho; Mão; Nariz; Olho; Pé; Perna.
Vestuário	Bolsa; Calças; Fralda; Sapato; Tênis; Vestido; Blusa.
Brinquedos	Bicicleta; Bola; Boneca; Brinquedo; Carrinho; Música; Nenê; Livro.
Animais	Cachorro; Cavalo; Gato; Passarinho; Peixe; Vaca.
Transporte	Ambulância; Caminhão; Carro; Moto; Ônibus; Perua.
Lugares	Calçada; Casa; Chão; Escola; Igreja; Loja; Piscina; Porta; Rua.
Natureza	Árvore; Flor.
Móveis e aposentos	Mesa; Geladeira; Fogão; Cozinha; Cadeira; Banheiro; Cama; Quarto; Quintal; Sala; Sofá
Utensílios e objetos	Caixa; Caneta; Colher; Copo; Garfo; Luz; Mamadeira; Panela; Radio; Telefone; TV.
Rotina e atividades de casa	Aniversário; Banho.
Rotinas e atividades de escola	Apagador; Atividade; Biblioteca; Mesinha; Computador; Desenho; Folhas De Papel; Lápis; Tarefa; Sala De Aula; Papel.
Comportamento	Xixi; Quietos; Feliz; Medo; Fome.
Perguntas, respostas e expressões sociais	Abrir; Ajudar; Andar; Arrumar; Assistir; Bater; Beber; Brincar; Cair; Só; Coçar; Colocar; Comer; Comprar; Conversar; Correr; Dançar; Dar; Deitar-se; Descansar; Descer; Desenhá; Dormir; Enxugar; Escovar; Esperar; Falar; Fazer; Fechar; Ficar. Gostar; Guardar; Ir; Jogar/Brincar; Lavar; Ler; Machucar; Olhar; Parar; Passar; Pegar; Pular; Querer; Rasgar; Sair; Sentar; Tirar; Trabalhar; Trocar.
Descritores	Frio; Quente; Mais; Aqui; Atrás; Em Cima; Embaixo; Fora; Dentro; Lado; Noite; Hora; Vermelho; Sujo
Pronomes – preposições	Meu / minha; Dela/ dele.

Fonte: elaboração própria com base em Martins e Deliberato (2015).

Fatores intercorrentes em conjunto com os distúrbios motores interferem no desempenho comunicativo das crianças com paralisia cerebral. Sendo assim, o desenvolvimento da linguagem de crianças com paralisia cerebral deve ser avaliado (LAMÔNICA, 2004).

Crianças com distúrbios motores podem apresentar, dependendo da gravidade do caso, limitações para explorar o ambiente de maneira voluntária, o que poderá acarretar falhas no *input* sensorial, déficit nas áreas perceptivas e prejuízos para o desenvolvimento da linguagem, com reflexos importantes no desenvolvimento semântico, sintático, pragmático e fonológico (LAMÔNICA; CHIARI; PEREIRA, 2000). Esse fato corrobora os dados encontrados na avaliação do desempenho motor e comunicativo da paciente avaliada no presente estudo. Foi atribuído o nível V da escala GMFCS a ela, ou seja, ela consegue se sentar em uma cadeira, mas precisa de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. Necessita do auxílio de um adulto para sentar-se e levantar-se da cadeira, ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com os membros superiores, apresenta dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares.

A literatura descreve que crianças com distúrbios motores podem apresentar, de acordo com gravidade do caso, restrições para explorar o ambiente de maneira voluntária, esse fato ocasionará falhas no *input* sensorial, déficit nas áreas perceptivas e prejuízos para o desenvolvimento da linguagem, e provocará limitações no desenvolvimento semântico, sintático, fonológico e pragmático (LAMÔNICA; CHIARI; PEREIRA, 2000). Os dados encontrados no presente estudo de caso quanto ao desempenho comunicativo e motor da paciente, confirmam tal evidência. Pois a paciente encontra-se atrasada quanto ao desenvolvimento de fala e linguagem esperado para sua idade, e esse fato pode justificado pela redução das experiências e interação com outras pessoas, objetos, ações de orientação corporal e espacial, devido a sua condição motora, que provocou perdas de oportunidades concretas da paciente expandir seu repertório lexical e semântico.

Embora a paciente se encontre com atraso quanto ao desenvolvimento de fala e linguagem, pode ser observado que ela apresenta desempenho satisfatório quanto à função comunicativa. Esse fato é contemplado pela exposição dos dados encontrados no protocolo de habilidades comunicativas.

Pode ser observado que a paciente se comunica de maneira eficaz, dentro de suas especificidades. Ela consegue realizar pedidos de objetos por meio de emissões orais, bem como, realiza pedidos de ação por meio de movimentos gestuais e chama a atenção de sua mãe e outro adulto, requerendo um objeto.

Quanto às emissões estritamente ligadas a objetos, foi observado que a paciente nomeou todos os objetos de “cozinha” e animais que foram apresentados, durante a avaliação. As emissões da paciente às vezes se tornavam ininteligíveis devido à dificuldade apráxica que ela apresenta, em razão da dificuldade motora na região da cintura escapular, que atua no controle da musculatura orofacial, respiração e coordenação pneumofono- articulatória (NUNES, 2004).

Quanto à investigação de vocabulário, foi possível observar que a paciente apresenta um extenso repertório lexical. Dos 269 itens, classificados em 18 temas semânticos e sintáticos da lista de vocábulos apresentados, foram indicados pela mãe 200 vocábulos. Por outro lado, ela indicou repertório verbal incompleto, não conhecendo todos os que estão expostos na categoria de verbos. Esse fato pode

ser justificado pela grande variedade semântica, prejudicando a rápida generalização, já que seu referente não é tão claro quanto o do substantivo e, portanto, sua aquisição costuma ocorrer de forma mais gradual (BARRET, 1997). A lista de vocábulos foi aplicada com o intuito de indicar o repertório lexical inicial da paciente e também para estabelecer metas e objetivos que deverão ser alcançados quando realizadas ações de introdução da comunicação alternativa com a paciente.

De maneira mais específica há estudos que relacionam o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), o Sistema de Classificação de Capacidade Manual (MACS) e o Sistema de Classificação de Funções de Comunicação (CFCS) em crianças com paralisia cerebral (PC). Podemos exemplificar o estudo de Hidecker et al (2012) que aplicaram questionários descrevendo cada escala em situações nas quais as mães relataram os níveis de GMFCS, MACS e CFCS em 222 crianças com PC com idade entre 2 e 17 anos. Os níveis de GMFCS foram altamente correlacionados com os níveis de MACS ($r_s = 0,69$) e um pouco menos com os níveis de CFCS ($r_s = 0,47$). MACS e CFCS também foram moderadamente correlacionados ($r_s = 0,54$). Por outro lado, muitas combinações de funcionalidade foram encontradas. Das 125 combinações possíveis dos três sistemas de cinco pontos, 62 foram encontradas nesses dados. Os autores concluíram que o uso de todos os três sistemas de classificação fornece um quadro mais abrangente da função da criança na vida diária do que o uso de qualquer um sozinho e alertaram para o fato de que esse perfil funcional resultante pode informar tanto propósitos clínicos quanto de pesquisa.

Nesse sentido, reforçamos a importância dessas avaliações para obtenção de um perfil clínico que auxilie em planejamentos em relação às intervenções voltadas para aspectos neuropsicomotores e de comunicação.

Conclusão

Esse estudo objetivou buscar indicadores de perfil de uma criança com Paralisia Cerebral que forneçam suporte para a introdução de aspectos de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) em situação clínica. O objetivo foi atingido e os dados obtidos permitiram concluir que é necessário destacar que a avaliação que aborda todos os aspectos do desenvolvimento infantil, priorizando aspectos cognitivos, comunicativos, motores e perceptivos trazem dados imprescindíveis para o planejamento da intervenção.

Esses dados servirão para fundamentar uma intervenção fonoaudiológica efetiva, pois a avaliação expõe critérios que serão levados em consideração durante a escolha de materiais a serem utilizados, para saber as necessidades de adaptação, por exemplo, em função de condições neuropsicomotoras da criança. E, informações básicas, tais como potencialidades e interesses da criança devem ser considerados e são de extrema importância na confecção desses materiais, a exemplo de aspectos lexicais para montar pranchas iniciais durante esse planejamento terapêutico fonoaudiológico.

Referências

- BARRET, M. Desenvolvimento lexical inicial. In: FLETCHER, P.; MACWHINNEY, B. **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CESA, C. C.; RAMOS-SOUZA, A. P.; KESSLER, T. M. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. **CEFAC**, v. 12, n. 5, p. 870-880, 2010.
- CHRISTOFOLETTI, G.; HYGASHI, F.; GODOY, A. L. R. Paralisia cerebral: uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 37-44, 2007.
- DELIBERATO, D.; MANZINI, E. J. Fundamentos introdutórios em comunicação suplementar e/ou alternativa. In: GENARO, K. F.; LAMÔNICA, D. A. C.; BEVILACQUA, M. C. (Org.) **O processo de comunicação: contribuição para a formação de professores na inclusão de indivíduos com necessidades educacionais especiais**. São José dos Campos: Pulso, 2006. Vol. 1, p. 243-254.
- FONSECA, V. da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HIDECKER, M. J. C.; PANETH, N.; ROSEMBAUN, P.; KENT, R. *et al.* Developing and validating the communication function classification system for individuals with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, 53: 704–710, 2011.
- HIDECKER, M. J. C.; HO, N. T.; DODGE, N.; HURVITZ, E. A. Inter-relationships of functional status in cerebral palsy: analyzing gross motor function, manual ability, and communication function classification systems in children. **Developmental Medicine & Child Neurology**, 54: 737–742, 2012.
- LAMÔNICA, D.A. C. Linguagem na paralisia cerebral. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES B. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 967-976.
- LAMÔNICA, D. A. C.; CHIARI B. M.; PEREIRA L. D. Avaliação da recepção lexical em paráliticos cerebrais. **Fono Atual**, São Paulo, v.3, n. 14, p. 20-27, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Brasileira de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- MORESCHI, C. L.; ALMEIDA, M. A. A comunicação alternativa como procedimento de desenvolvimento de habilidades comunicativas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 18, n. 4, p.661-676, out., 2012.
- NUNES, L. R. O. P. Linguagem e Comunicação alternativa: uma introdução. In: NUNES, L. R. O. P. (Org.) **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais**. Rio de Janeiro: Dunya, 2004. p.2-13.
- PALISANO, R.; ROSENBAUM, P.; WALTER, S.; RUSSELL, D.; WOOD, E.; GALUPPI, B. **Sistema de classificação da função motora grossa para paralisia cerebral (GMFCS)**. Tradução de Erika Hiratuka, 2014.

YOSHIMURA, R. M. *et al.* Habilidades comunicativas receptivas em criança com bilingüismo Português-Japonês e paralisia cerebral: relato de caso. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.12, n. 3, p.413-422, set., 2006.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. **Paralisia cerebral**: causas e prevalências. *Fisioterapia em Movimento*, 22, 3, p. 375-381, 2009.