

DANIELE DE ALMEIDA CARRASCO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ANA CLAUDIA TOMAZETTI DE OLIVEIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em dezembro de 2019.
Aprovado em agosto de 2020.*

PERFIL PSICOMOTOR DE CRIANÇAS ASMÁTICAS

RESUMO

A asma é uma doença inflamatória crônica que acomete o trato respiratório. Devido aos seus contínuos sintomas, a criança necessita de constantes internações, afetando seu desenvolvimento psicomotor. Objetivo: traçar o perfil psicomotor de crianças asmáticas, entre seis e nove anos de idade. Metodologia: estudo transversal avaliando o desenvolvimento psicomotor de crianças asmáticas de seis e nove anos de idade, acompanhadas pelo ambulatório do hospital Guilherme Álvaro, Santos, São Paulo, através da Bateria Psicomotora (BPM) de Fonseca (1995). Resultados: Foram avaliadas cinco crianças, duas do sexo feminino e três do sexo masculino. Três crianças apresentaram o perfil normal (60%) e duas apresentaram o perfil bom (40%). Considerações finais: As crianças asmáticas apresentaram os perfis normal e bom, portanto, não foi possível afirmar que as crianças apresentaram um atraso psicomotor.

Palavras-Chave: crianças; asma; desenvolvimento psicomotor.

PSYCHOMOTOR PROFILE OF ASTHMATIC CHILDREN

ABSTRACT

Asthma is a chronic inflammatory disease that affects the respiratory. Due to its continuous symptoms, the child needs constant hospitalizations, affecting its psychomotor development. Objective: to trace the psychomotor profile of asthmatic children, between six and nine years old. Methodology: cross-sectional study evaluating the psychomotor development of asthmatic children aged six and nine years, monitored by the outpatient clinic of the hospital Guilherme Álvaro, Santos, São Paulo, through the Psychomotor Battery (BPM) of Fonseca (1995). Results: Five children were evaluated, two of them female and three of them male. Three children presented the normal profile (60%) and two presented the good profile (40%). Final considerations: asthmatic children had normal and good profiles, so it was not possible to state that children had a psychomotor delay.

Keywords: children; asthma; psychomotor development.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica que ocorre no trato respiratório, sendo uma das doenças crônicas mais comuns na infância e que necessita de serviços de urgência pediátricos e de internação hospitalar. Segundo o International Study of Asthma and Allergies in Childhood, a prevalência da asma aumenta ao longo da vida da criança em quase todos os países (SILVA; BARRROS; SIMÕES, 2016).

A asma infantil é reconhecida como uma condição complexa, multifatorial e de gravidade atípica, que necessita de uma abordagem generalizada e incorporada de cuidados, além de apresentar alta taxa de mortalidade em países em desenvolvimento, principalmente em população de baixa renda, onde as estratégias de diminuição dos fatores de risco encontram-se ainda iniciantes (GOMES et al., 2017).

A fisiopatologia da asma tem como maior característica a inflamação brônquica, que é consequência de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas, apresentando-se em todos os pacientes asmáticos (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006). Apresenta sintomas que se manifestam clinicamente por meio de sibilos, dispnéia, aperto no peito, tosse e desconforto torácico, resultados de fatores genéticos, exposição ambiental à alérgenos e irritantes (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006), como poeira domiciliar e fungos, além da poluição e do tabagismo passivo, que também permitem o aumento de chance de novas crises (VERAS; SAKAE, 2010). De acordo com o agravamento dos sintomas citados acima, gera-se a necessidade de constantes visitas ao pronto-socorro, internações hospitalares e em unidade de terapia intensiva (VERAS; SAKAE, 2010).

Várias doenças, condições climáticas, emoções e outras circunstâncias são fatores que influenciam no processo de crescimento e desenvolvimento motor normal da criança. As crianças asmáticas, com faltas frequentes na escola, ocasionadas pelos sintomas contínuos da doença e internações frequentemente, podem apresentar seu desenvolvimento sensório-motor afetado (MELO; PEREIRA, 2006).

A psicomotricidade envolve aspectos motores, intelectuais, emocionais, afetivos e expressivos e seu objetivo é fazer do indivíduo um ser comunicativo, criativo e de pensamento operativo. Para compreender a totalidade do campo funcional, os conceitos psicomotores funcionais são divididos em estruturais, globais e perceptivos. Os estruturais envolvem o esquema corporal, o tônus e a respiração; os globais envolvem a coordenação motora ampla, coordenação motora fina, equilíbrio, postura e relaxamento; e os perceptivos envolvem percepções, estruturação espacial, estruturação temporal, estruturação espaço-temporal, lateralidade e ritmo (BUENO, 2013).

A psicomotricidade é iniciada ao nascimento da criança e sua maturação ocorre em torno dos oito anos de idade, que é uma fase importante para trabalhar os aspectos do desenvolvimento e, se não estimulados nessa idade, a criança terá prejuízos, como dificuldade na escrita, leitura, fala, sociabilização, entre outros (BUENO, 2013), isso pode ocorrer como no caso de crianças asmáticas, que interrompem seu desenvolvimento psicomotor por conta dos sintomas da doença e internações frequentes (MELO; PEREIRA, 2006).

Entre os sete e dez anos de idade ocorre a maturação da aprendizagem motora, sendo mais perceptível aos oito e especialmente aos nove anos, quando a criança é estimulada a estar sempre realizando tarefas que envolvam movimento (MELO; PEREIRA, 2006).

Percebe-se na prática clínica que as crianças com asma possuem outras limitações além das que estão ligadas à função respiratória. Devido à crise respiratória, a criança fica restrita por conta das constantes internações e orientações de repouso, que resulta em atraso nas obtenções motoras básicas do desenvolvimento (MELO; PEREIRA, 2006).

Baseado nesses aspectos o objetivo deste estudo foi traçar o perfil psicomotor de crianças asmáticas, que fazem acompanhamento ambulatorial no hospital Guilherme Álvaro, na cidade de Santos, São Paulo.

OBJETIVO

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil psicomotor de crianças asmáticas, que fazem acompanhamento ambulatorial no hospital Guilherme Álvaro, na cidade de Santos, São Paulo.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Identificar distúrbios psicomotores em crianças asmáticas.

Traçar o perfil clínico e escolar das crianças, verificando dados sobre a doença, quantidade de internações, frequência de crises, permanência da criança na escola.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal avaliando o perfil psicomotor de crianças asmáticas, entre seis e nove anos de idade, que fazem acompanhamento ambulatorial no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. Esse trabalho foi submetido e aprovado (96385218.2.0000.5436) pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Guilherme Álvaro e do Centro Universitário Lusíada sendo iniciada a coleta após a aprovação do Comitê. Os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças assinaram o Termo de Assentimento, para que a pesquisa fosse realizada.

A avaliação foi realizada por meio da bateria psicomotora de Vitor da Fonseca (MELO; PEREIRA, 2006). A bateria é um instrumento de avaliação, que permite identificar o grau de maturidade psicomotora da criança, através dos seguintes aspectos: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, e ajudar a compreender as alterações de desenvolvimento e aprendizagem da criança.

Os materiais utilizados para a aplicação da bateria foram bola de futebol, bola de tênis, fita crepe, fita métrica, caneta ou lápis, papel sulfite, folha de papel quadriculado, tesoura, clipes, palitos de fósforos, maca e cadeira. As tarefas dos aspectos psicomotores da bateria psicomotora são pontuadas de 1 a 4, conforme apresentado na tabela 1 - Escala de Pontuação das atividades da bateria psicomotora (MELO; PEREIRA, 2006), e os tipos de perfis psicomotores são pontuados de 7 a 28, de acordo com a tabela 2 - Escala de pontos da bateria psicomotora (MELO; PEREIRA, 2006).

Tabela 1. Escala de Pontuação das atividades da bateria psicomotora.

Pontuação	Realização	Perfil
1	Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (fraco)	APRÁXICO
2	Realização com dificuldades de controle (satisfatório)	DISPRÁXICO
3	Realização controlada e adequada (bom)	EUPRÁXICO
4	Realização perfeita, econômica, harmoniosa e bem controlada (excelente)	HIPERPRÁXICO

Fonte: (MELO; PEREIRA, 2006).

Tabela 2. Escala de pontos da bateria psicomotora.

Pontos	Tipo de Perfil Psicomotor	Dificuldades Aprendizagem
27 – 28	Superior	–
22-26	Bom	–
14-21	Normal	–
9-13	Dispráxico	Ligeiras (específicas)
7-8	Deficitário	Significativas (moderadas)

Fonte: (MELO; PEREIRA, 2006).

Após aplicação da bateria os dados foram correlacionados com as informações relatadas pelos pais sobre escola, internações e clínica da doença, contidos em uma ficha elaborada para pesquisa.

Os dados coletados foram digitados após análise de consistência em um banco estruturado de dados. Posteriormente realizada a análise estatística dos dados.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Crianças entre seis e nove anos de idade, que realizavam acompanhamento no ambulatório do Hospital Guilherme Álvaro de forma contínua, com diagnóstico de asma.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Crianças que não estavam fazendo o acompanhamento adequado, com idade superior a nove anos ou inferior a seis anos. Crianças que não assinaram o Termo de Assentimento ou que os pais não autorizaram e não assinaram o TCLE. Crianças em crise aguda que não puderam realizar a avaliação psicomotora.

RESULTADOS

Foram avaliadas cinco crianças, sendo duas do sexo feminino e três do sexo masculino, com a média de idade de 7,6 anos. A caracterização da amostra encontra-se na tabela 3. Em relação à classificação, nenhuma criança era prematura; apenas duas crianças apresentaram intercorrência no parto; todas as crianças foram internadas após o nascimento; apenas duas crianças precisaram de ventilação mecânica; a média do tempo de diagnóstico da asma foi de 6,6 anos; todas as crianças frequentavam a escola; a média de idade da introdução escolar foi de 3,2 anos; três crianças faltavam à escola com frequência; quatro crianças apresentavam dificuldade nas atividades; as dificuldades que as crianças encontravam eram durante o frio ou ao correr; e nenhuma criança foi internada atualmente.

Tabela 3 - Caracterização da amostra.

	Porcentagem
Prematuridade	Sim 0%
	Não 100%
Intercorrência no parto	Sim 40%
	Não 60%
Internação após o nascimento	Sim 100%
	Não 0%
Frequente a escola	Sim 100%
	Não 0%
Falta com frequência	Sim 60%
	Não 40%
Dificuldade nas atividades	Sim 80%
	Não 20%
Internação atualmente	Sim 0%
	Não 100%

Em relação à comparação dos aspectos psicomotores e dos perfis de cada criança, percebemos que três crianças apresentaram o perfil normal (60%) e duas apresentaram o perfil bom (40%), conforme segue a tabela 4.

Tabela 4 - Comparação dos aspectos psicomotores e dos perfis de cada criança.

Criança	1	2	3	4	5
Tonicidade	2,7	3,8	3,6	3,0	3,6
Equilibração	3,7	3,42	3,5	3,5	3,6
Lateralização	4,0	2,0	4,0	3,0	3,0
Noção do corpo	3,0	3,4	3,6	2,2	3,2
Noção espaço-temporal	2,0	2,75	3,0	1,25	2,5
Praxia global	1,5	3,0	3,0	2,6	3,5
Praxia fina	1,0	1,6	2,0	2,0	2,6
Pontuação final	17,9	19,97	22,7	17,5	22
Perfil	Normal	Normal	Bom	Normal	Bom

Após avaliar o quesito tonicidade, foram encontrados um perfil dispráxico (20%) e quatro perfis eupráticos (80%), como demonstra a tabela 5.

Tabela 5 - Pontuação de tonicidade.

Tonicidade					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Extensibilidade					
Membros inferiores	4	4	4	3	4
Membros superiores	4	4	4	3	4
Passividade	3	4	4	3	3
Paratonia					
Membros inferiores	3	4	4	3	4
Membros superiores	3	4	4	3	4
Diadococinesia					
Mão direita	2	4	3	2	4
Mão esquerda	2	4	3	2	3
Sincinesias					
Bucais	2	3	3	4	3
Contralaterais	2	4	4	4	4
Média	2,7	3,80	3,6	3,0	3,6
Perfil	Dispráxico	Euprático	Euprático	Euprático	Euprático

Avaliando o item equilibração, foram encontrados todos os perfis eupráticos (100%), conforme demonstra a tabela 6.

Tabela 6 - Pontuação de equilíbrio.

Equilíbrio					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Imobilidade	4	4	3	4	4
Equilíbrio Estático					
Apoio retilíneo	4	3	3	4	3
Ponta dos pés	3	3	2	2	2
Apoio num pé	2	2	1	2	2
Equilíbrio dinâmico					
Marcha controlada	4	4	4	4	4
Evolução na trave					
Para frente	4	4	4	4	4
Para trás	4	2	4	3	4
Do lado direito	4	4	4	4	4
Do lado esquerdo	4	4	4	4	4
Pé cochinho esquerdo	4	2	4	4	4
Pé cochinho direito	4	4	4	4	4
Pés juntos para frente	4	4	4	4	4
Pés juntos para trás	3	4	4	3	4
Pés juntos com os olhos fechados	4	4	4	4	4
Média	3,7	3,42	3,5	3,5	3,6
Perfil	Euprático	Euprático	Euprático	Euprático	Euprático

Em relação ao item lateralização, foram encontrados dois perfis eupráticos (40%), dois perfis hiperpráticos (40%) e um disprático (20%), conforme demonstra a tabela 7.

Tabela 7 - Pontuação de lateralização.

Lateralização					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Pontuação	4	2	4	3	3
Média	4	2	4	3	3
Perfil	Hiperprático	Disprático	Hiperprático	Euprático	Euprático

De acordo com a avaliação do item noção do corpo, foram encontrados quatro perfis eupráticos (80%) e um perfil disprático (20%), conforme demonstra a tabela 8.

Tabela 8 - Pontuação de noção do corpo.

Noção do Corpo					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Sentido cinestésico	3	4	4	2	4
Reconhecimento (D-E)	3	3	4	1	4
Auto-imagem	4	4	4	3	4
Imitação de gestos	2	3	3	3	2
Desenho do corpo	3	3	3	2	2
Média	3	3,4	3,6	2,2	3,2
Perfil	Euprático	Euprático	Euprático	Disprático	Euprático

Após avaliar o quesito estruturação espaço-temporal, foram encontrados três perfis dispráticos (60%), um euprático (20%) e um aprático (20%), conforme descreve a tabela 9.

Tabela 9 - Pontuação de estruturação espaço-temporal.

Estruturação Espaço-temporal					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Organização	2	2	3	1	3
Estruturação dinâmica	3	3	4	1	1
Representação topográfica	2	4	3	2	4
Estruturação rítmica	1	2	2	1	2
Média	2	2,75	3	1,25	2,5
Perfil	Disprático	Disprático	Euprático	Aprático	Disprático

Em relação ao item praxia global, foram encontrados três perfis eupráticos (60%), um disprático (20%) e um aprático (20%), conforme demonstra a tabela 10.

Tabela 10 - Pontuação de praxia global.

Praxia Global					
Criança	1	2	3	4	5
Idade	6	9	8	7	8
Coordenação oculomanual	1	1	2	1	2
Coordenação oculopedal	1	2	1	2	3
Dismetria	4	3	3	4	4
Dissociação					
Membros superiores	1	4	4	3	4
Membros inferiores	1	4	4	2	4
Agilidade	1	4	4	4	4
Média	1,5	3	3	2,6	3,5
Perfil	Aprático	Euprático	Euprático	Disprático	Euprático

De acordo com a avaliação do item praxia fina, foram encontrados dois perfis apráxicos (40%) e três perfis dispráxicos (60%), conforme descreve a tabela 11.

Tabela 11 - Pontuação de praxia fina.

		Praxia Fina				
		1	2	3	4	5
Criança		1	2	3	4	5
Idade		6	9	8	7	8
Coordenação manual	dinâmica	1	1	2	4	2
Tamborilar		1	2	2	1	3
Velocidade - precisão		1	2		1	3
Média		1	1,6	2	2	2,6
Perfil		Apráxico	Apráxico	Dispráxico	Dispráxico	Dispráxico

Após análise dos dados foi verificada a frequência e porcentagem dos perfis psicomotores, na qual prevaleceu o perfil eupráxico com a maior porcentagem, entre os aspectos psicomotores, conforme descreve a tabela 12.

Tabela 12- Frequência e porcentagem dos perfis psicomotores em relação à cada aspecto psicomotor.

Fatores	Perfil Psicomotor	Frequência	%
Tonicidade	Dispráxico	1	20
	Eupráxico	4	80
Equilibração	Eupráxico	5	100
Lateralização	Dispráxico	1	20
	Eupráxico	2	40
	Hiperpráxico	2	40
Noção do Corpo	Dispráxico	1	20
	Eupráxico	4	80
Estruturação Espaço-temporal	Apráxico	1	20
	Dispráxico	3	60
	Eupráxico	1	20
Praxia Global	Apráxico	1	20
	Dispráxico	1	20
	Eupráxico	3	60
Praxia Fina	Apráxico	2	40
	Dispráxico	3	60

DISCUSSÃO

Várias doenças, condições climáticas, emoções e outras circunstâncias são fatores que influenciam no processo de crescimento e desenvolvimento motor normal da criança, portanto, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil psicomotor e identificar distúrbios psicomotores em crianças asmáticas.

A amostra do presente estudo foi composta por duas crianças do sexo feminino (40%) e três do sexo masculino (60%), com a faixa etária entre seis e nove anos, enquanto que no estudo de Almeida (2009), onde avaliou crianças entre sete e nove anos de idade, através da bateria psicomotora, a amostra foi composta por 12 do sexo feminino (42,85%) e 16 do sexo masculino (57,15%).

No estudo de Melo; Pereira (2006), em que avaliou crianças saudáveis e asmáticas, entre sete e oito anos, através da bateria psicomotora, obteve como resultado mais frequente o perfil euprático, diferente do presente estudo que avaliou apenas crianças asmáticas, da mesma faixa etária, através da bateria psicomotora, apresentando como resultado mais frequentes os perfis disprático e euprático.

Os mesmos autores demonstraram que os itens que tiveram maior alteração foram noção do corpo e praxia fina, logo, foi visto que os perfis que prevaleceram em relação ao item noção do corpo foram euprático e disprático nas crianças asmáticas, o que corrobora com o presente estudo, apresentando os mesmos perfis neste item. Segundo esses autores os perfis encontrados podem ser justificados através de fatores de ordem psicológica e podem interferir no desenvolvimento de certas habilidades motoras necessárias para a construção da noção de seu próprio corpo. Entretanto, a asma poderia interferir na aquisição dessa habilidade motora.

Em relação ao item praxia fina, o presente estudo mostra que predominaram os perfis aprático e disprático, diferente do estudo de Melo; Pereira (2006), que apresentou apenas o perfil disprático nas crianças asmáticas. O resultado do presente estudo pode ter como justificativa, de acordo com o estudo de Melo; Pereira (2006), a questão da asma grave, devido às constantes exacerbações, limitar as experiências sensório-motoras das crianças devido às internações e às faltas à escola, além de também relacionar os déficits nas tarefas de praxia fina como origem dos problemas escolares, principalmente dificuldades na escrita, leitura e matemática.

O estudo de Pereira (2005) caracterizou o perfil psicomotor de escolares, entre 6,5 e 7,8 anos, utilizando como instrumento de avaliação a bateria psicomotora. No fator tonicidade obteve como resultado os perfis euprático, hiperprático e disprático, sendo este apresentado apenas no subfator sincinesias. Já no presente estudo, que avaliou crianças da mesma faixa etária, porém com o diagnóstico de asma, este fator mostrou os perfis euprático e disprático, apresentando os mesmos perfis para o subfator sincinesias. No entanto, esses dados confirmam o que determina no estudo de Pereira (2005), que as sincinesias são comuns nas crianças de seis à oito anos e tendem à desaparecer entre dez e doze anos.

Em relação ao fator estruturação espaço-temporal, o mesmo autor apresentou como resultado os perfis aprático, disprático e hiperprático. No presente estudo os perfis apresentados para esse fator foram aprático, disprático e euprático, onde os perfis aprático e disprático predominaram no subfator estruturação rítmica, o que é o esperado, pois, segundo o autor, essa é uma tarefa específica da estruturação temporal e tende a se desenvolver posteriormente à estruturação espacial.

De acordo com o estudo de Aleixo e colaboradores (2012), no qual teve como objetivo avaliar escolares com sobrepeso ou obesidade, entre seis e doze anos, através dos itens equilíbrio e praxia global da bateria psicomotora, quanto às alterações posturais na coluna e membros inferiores devido à sobrecarga, mostrou que os resultados quanto ao equilíbrio foram perfil hiperprático no grupo de sobrepeso e euprático nos obesos. Já no presente estudo, que avaliou crianças da mesma faixa etária, porém com o diagnóstico de asma, mostra que prevaleceu apenas o perfil euprático neste item. Porém, o subitem equilíbrio dinâmico obteve pontuação superior ao subitem equilíbrio estático, predominando o perfil disprático, dessa forma esses resultados podem ser devido à maioria das tarefas de equilíbrio estático ser executada com os olhos fechados, diferente no equilíbrio dinâmico, onde ocorre o mesmo em apenas uma tarefa, além de acrescentar que a integração sensório-motora é necessária para o controle do equilíbrio nas crianças, principalmente, de sete anos, fator sugerido também por Pereira (2005).

No estudo de Aleixo e colaboradores (2012), o item praxia global apresentou perfil euprático no grupo com sobrepeso e disprático nos obesos e no presente estudo apresentou também esses perfis, além do aprático. As crianças que apresentam sobrepeso ou obesidade podem desenvolver algum tipo de limitação física ou dificuldade de realizar

alguma atividade, assim como as crianças asmáticas que também podem encontrar essa dificuldade, portanto verificou-se que os resultados foram parecidos em relação ao estudo de Aleixo e colaboradores (2012) e ao presente estudo.

Foram encontradas algumas dificuldades durante a execução do trabalho, como o recrutamento de crianças, pelo fato da bateria psicomotora ser um teste grande que demanda tempo, e em relação à comparação dos resultados com outros trabalhos, por conta da escassez do tema. Portanto, é importante que sejam feitos novos estudos com um maior número de crianças, acrescentando um grupo controle, para que haja mais precisão nos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado que as crianças asmáticas apresentaram os perfis normal e bom, como resultado final da bateria psicomotora, porém nas atividades os resultados mais encontrados foram dispráxicos e eupráxicos. Os fatores que tiveram maior alteração foram estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Apesar da limitação que a asma impõe para as crianças do presente estudo, não foi possível determinar uma alteração do desenvolvimento psicomotor, porque a maioria delas apresentou perfil normal.

Portanto, de acordo com a bateria psicomotora, não foi possível afirmar que as crianças apresentaram um atraso psicomotor. Dessa forma, são necessários novos trabalhos que envolvam o tema abordado no presente estudo com um maior número de crianças, acrescentando um grupo controle, para que haja mais precisão nos resultados.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, A. A.; GUIMARÃES, E. L.; WALSH, I. A. P.; et al. Influência do sobrepeso e da obesidade na postura, na praxia global e no equilíbrio de escolares. *Journal of Human Growth and Development*. 2012; 22(2): 239-245.
- ALMEIDA, C. M. Perfil psicomotor de alunos com idade entre 7 a 9 anos. XI Congresso Nacional de Educação - EDUCERE. PUCPR, 2009.
- BUENO, J. M. *Psicomotricidade teoria e prática: da escola à aquática*. Editora: Cortez. 2013.
- GOMES, A. L. A. et al. Validação e confiabilidade da Self-efficacy and their child's level of asthma control. *Rev. Bras. Enferm.* vol.71 no.2 Brasília. Novembro de 2016 à março de 2017.
- IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. *J Bras Pneumol*; 32(Sup17):S 447-S 474. 2006.
- MELO, T. R.; PEREIRA, K. Perfil psicomotor de crianças com asma grave aos sete e oito anos. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.19, n.4, p. 105-112. Out./dez., 2006.
- PEREIRA, K. Perfil psicomotor: caracterização de escolares da primeira série do ensino fundamental de um colégio particular. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade Federal de São Carlos, 2005.
- SILVA, C. M.; BARROS, L.; SIMÕES, F. Aceitação e eficácia de um programa de intervenção psicoeducativa para pais de crianças com asma: Estudo exploratório. *Aná. Psicológica* vol.34 no.4 Lisboa. Março de 2015 à dezembro de 2016.
- VERAS, T. M.; SAKAE T. N. Características de crianças hospitalizadas com asma grave no sul do Brasil. *ScientiaMedica (Porto Alegre)*; volume 20, número 3, p. 223-227. 2010.