

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PROCESSO DE INCLUSÃO ESCOLAR DOS  
ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE LINS**

*THE ROLE OF PHYSICAL THERAPY IN THE INCLUSION PROCESS OF STUDENTS IN  
LINS'S MUNICIPAL SCHOOL NETWORK*

**ANELEIDE PACHECO ROCHA  
BIANCA BRANCATTE FRANCISCO  
GISLAINE OGATA  
JOVIRA MARIA SARRACENI  
KÁTIA DE MOURA GRAÇA PAIXÃO  
KERTULEM LARISSA APARECIDA SILVÉRIO PASTOR  
MARIANA VIOLA DOS SANTOS**

**RESUMO**

O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância da inclusão de crianças com deficiências e/ ou necessidades educacionais especiais no processo escolar e social e como o fisioterapeuta fazendo parte de uma equipe interdisciplinar pode atuar de forma efetiva nesse processo. Os alunos matriculados na rede Municipal de Lins são encaminhados ao Núcleo de Apoio Integrado ao Atendimento Educacional Especializado. Após a triagem do Pedagogo, Psicólogo, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Musicoterapeuta e Fisioterapeuta, se selecionados, recebem o atendimento clínico e são acompanhados nas escolas. A Fisioterapia atua na acessibilidade, adapta o mobiliário, orienta as transferências e o posicionamento adequado. O tratamento clínico baseia-se em cinesioterapia, incluindo a modalidade de hidrocinesioterapia.

**PALAVRAS CHAVES:** Inclusão escolar, Fisioterapia, Equipe Interdisciplinar.

***Abstract***

*The objective of this paper is to emphasize the importance of including children with disabilities and / or special educational needs in school and social process and how the physiotherapist as part of an interdisciplinary team can act effectively in this process. Students enrolled in the Municipal Lins are referred to the Center for Integrated Care Educational Support Specialist. After the screening of the pedagogue, psychologist, Physical Educator, Occupational Therapist, speech therapist, music therapist and physiotherapist, if selected, receive clinical care and are followed in schools. Physical therapy works on accessibility, adapting furniture, transfers and guides proper positioning. The clinical treatment based on kinesitherapy, including the type of hydrotherapy.*

***KEYWORDS:*** School inclusion, Physiotherapy, Interdisciplinary Team.

## **INTRODUÇÃO**

Criado em 2010 pela Secretaria Municipal de Educação de Lins, o Núcleo de Apoio Integrado ao Atendimento Educacional Especializado tem como objetivo principal aprimorar e garantir o processo de inclusão escolar dos alunos com deficiência e/ ou necessidades educacionais especiais matriculados no município, oferecendo atendimento educacional especializado, suporte e apoio as unidades escolares e às famílias.

É composto por uma equipe interdisciplinar de pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeuta, psicólogos, fonoaudiólogos e educadores físicos. Esses profissionais atuam de forma específica referente à sua área de atuação ao mesmo tempo em que atuam em parceria com os demais profissionais, trocando informações e avaliando as potencialidades dos alunos. Trabalham em prol da criança e do adulto, para que sejam atendidos como um todo, promovendo a socialização que implica em bem estar emocional e físico à criança.

Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPCD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013

A educação inclusiva é um processo complexo que envolve a participação de várias ações nos âmbitos da educação, da saúde, do ambiente físico, entre outros, tornando importante o respeito à diversidade de cada criança e a realização de transformações, quando necessárias para receber e manter o aluno em um processo educativo ativo e construtivo (SILVA et al, 2000 apud REGINATO 2005).

Para entendermos o princípio da igualdade é preciso mudar o conceito antigo da deficiência, que busca adaptar a pessoa com deficiência ao sistema educacional, para começar a trabalhar em prol da inclusão social, onde o sistema educacional é adaptado às necessidades especiais de qualquer aluno (GUTIERRES FILHO, 2002 apud REGINATO 2005).

Para que um tempo precioso de escola não seja perdido na educação da criança com necessidades educativas especiais, é necessário um bom entrosamento de toda a equipe terapêutica com a equipe pedagógica, para identificar e solucionar as dificuldades de aprendizagem em diferentes áreas, levando ao progresso da criança dentro da escola (LEVITT, 2001 apud REGINATO 2005).

O fisioterapeuta deve ser observativo e tentar aprender quais as esperanças e expectativas da criança e de seus pais, isso facilita o desenvolvimento de um programa mais relevante, estimulando o movimento na sala de aula, no pátio ou na educação física. Esse programa pode ser mais bem elaborado junto às ideias dos professores. Deve ser mantido um contato agradável entre os pais da criança, fisioterapeuta e professores, para se obter uma melhor resposta ao trabalho (KAVALCO, 2003).

O tratamento fisioterapêutico é bastante abrangente, devendo sempre considerar as alterações funcionais secundárias ao comprometimento neurológico e as biomecânicas. Assim, devemos considerar o alongamento muscular, a estabilidade articular e a força, associados ao controle central para a realização das atividades funcionais diárias, que envolvem a capacidade para a adoção e manutenção das diferentes posturas, assim como para a realização de seus movimentos. (CARGNIN e MAZZITELLI, 2003).

O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância da inclusão de crianças com deficiências e/ ou necessidades educacionais especiais no processo escolar e social, mostrando

Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPCD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013

a maneira de aperfeiçoar a forma que se encontram em sala de aula levando em consideração suas potencialidades para a realização das atividades. A Fisioterapia atua na acessibilidade, adapta o mobiliário, orienta as transferências e o posicionamento adequado. O tratamento clínico baseia-se em cinesioterapia, incluindo a modalidade de hidrocinesioterapia.

A criança que é matriculada na rede municipal de ensino de Lins tem direito a receber o benefício de ser atendida pelo Núcleo. É encaminhada pela unidade escolar e passa por uma avaliação inicial.

Todas as semanas, as escolas são visitadas no âmbito de orientar professores e tutores sobre posicionamento e maneiras adequadas de manejar a criança.

O atendimento clínico é realizado nas dependências do Núcleo e no Unisalesiano (Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium*). No Núcleo, é realizada a cinesioterapia no tatame, no jardim sensorial, na rampa/ escada, e com as bolas suíças. No Unisalesiano, é realizado a hidrocinesioterapia.

Com base nas principais alterações físicas, como hemiplegia, tetraplegia, diplegia, entre outros processos patológicos observados nas crianças matriculadas no Núcleo, foi elaborado um esquema de tratamento clínico que abrange este público e outras diversas afecções.

## **1 DESENVOLVIMENTO**

### **1.1 Mobilizações**

Ativas ou passivas, no caso de hipertoncidades, trações lentas e prolongadas ate a sedação da hipertonia, precedidas de exercícios respiratórios cada vez mais profundos numa finalidade de relaxamento do paciente. Os locais de aplicação podem ser: ombros, cotovelos, quadris, joelhos, punhos e tornozelos, dedos e pescoço. (XHARDEZ, 2000)

### **1.2 Hidrocinesioterapia**

A hidrocinesioterapia é aplicada quando em meio hidroterápico, utilizando todas as técnicas mobilizadoras, tonificadoras, de facilitação e de recuperação funcional. Essa modalidade promove a diminuição da rigidez e da dor. Tem efeito vasodilatador e desconstraturante. A água oferece resistência ao movimento, o que incrementa o ganho de força ao paciente. (XHARDEZ, 2000, pg. 19,20,21)

A adição de equipamento (pás, luvas, pesos e flutuadores) aumenta a área de superfície e a turbulência, tornando mais difícil o exercício. A resistência adicional do equipamento pode alterar os padrões normais de movimentos. (RUOTI, MORRIS e COLE, 2000)

Segundo Norm e Hanson (1998), alongamentos na água, sendo passivos ou ativos, são indicados com o objetivo de promover a amplitude de movimento de uma articulação que estiver limitada por contratura ou outra anormalidade das partes moles que levam ao encurtamento dos músculos, tecidos conjuntivos ou tecidos epidermais. Ainda pode-se considerar o alongamento importante quando é possível evitar deformidades esqueléticas.

Podemos indicar hidrocinesioterapia para: Alívio de dor; Alívio do espasmo muscular; Relaxamento; Aumento da circulação sanguínea; Melhora das condições da pele; Manutenção e/ou aumento das amplitudes de movimento (ADMs); Reeducação dos músculos paralisados; Melhora da força muscular (desenvolvimento de força e resistência muscular); Melhora da atividade funcional da marcha; Melhora das condições psicológicas do paciente; e Máxima independência funcional. (NORM e HANSON, 1998)

De acordo com BIASOLI e MACHADO (2010), a rotina terapêutica dos pacientes pode incluir a hidrocinesioterapia que é constituída de:

- a) exercícios isolados de membros superiores, membros inferiores e tronco para fortalecimento e ganho de amplitude de movimento;
- b) exercícios de alongamento para aumentar a flexibilidade;
- c) treinamento deambulativo para reeducação da marcha, propriocepção e iniciação de sustentação do peso;
- d) técnicas de posicionamento usadas para diminuir a dor;

- e) Trabalho de condicionamento geral;
- f) Padrões complexos de movimentos para coordenação, equilíbrio, agilidade e simulação de habilidades atléticas ou de trabalho.

Ainda segundo o mesmo autor, existem as contraindicações gerais, como:

- a) febre;
- b) ferida aberta;
- c) erupção cutânea contagiosa;
- d) doença infecciosa;
- e) doença cardiovascular grave;
- f) história de convulsões não controladas;
- g) uso de bolsa ou cateter de colostomia;
- h) menstruação sem proteção interna;
- g) tubos de traqueostomia, gastrostomia e/ou nasogástricos;
- h) controle orofacial diminuído;
- i) hipotensão ou hipertensão grave;
- j) resistência gravemente limitada.

## 2 Mobiliário escolar

É muito comum vermos uma uniformidade nos tamanhos e modelos das carteiras em uma mesma escola, para deixar os ambientes mais harmoniosos e bem decorados, voltados a um padrão ergonômico que não considera as diferenças físicas existentes entre os indivíduos.

O que recomenda-se é que as carteiras estejam de acordo com o tamanho da faixa etária dos alunos, permitindo que seus pés toquem por completo ao chão, estando com a coluna apoiada no encosto da mesma e os braços possam ficar apoiados na altura normal, sem estar alto ou baixo demais. (BARROS, 2010)

No que diz respeito às pessoas com deficiência a legislação estabelece hoje o direito a educação preferencialmente na rede regular de ensino, sempre que possível junto com as demais pessoas nas escolas "regulares". Prevê que as escolas devem estar aptas para receber todos os alunos com as suas singularidades e

especifica ajudas técnicas para este fim. Mas não trata do mobiliário escolar enquanto recurso a ser adequado às necessidades da inclusão. (ARAÚJO, 2010)

Em 2001 foi aprovado o Plano Nacional de Educação, que impõe a generalização do atendimento aos alunos com necessidades especiais na educação infantil e no ensino fundamental, no prazo de dez anos. Objetiva o oferecimento do serviço de educação especial a todas as crianças e jovens que dele necessitam.

Dessa forma não é o aluno que se amolda ou se adapta à escola, mas é ela que, consciente de sua função, coloca-se adequada ao aluno, deve se apresentar um espaço inclusivo. “ Nesse contexto, a educação especial é concebida para possibilitar que o aluno com “necessidades educacionais especiais” atinja os objetivos da educação geral.” (ARAÚJO, 2010)

A questão do mobiliário, assim como a dos materiais pedagógicos, é apontada como fundamental para viabilizar a presença do aluno na escola. Quando se trata de aluno com deficiência, este fator é de significativa importância já que, por fugirem do padrão, independentemente do local, estas crianças tem sua autonomia relativizada pelos equipamentos e objetos auxiliares disponíveis a seu uso.

Segundo Ilda, 2005 (apud FERREIRA, STADLER E PILATTI, 2009) a postura correta é importante por permitir que a pressão dentro dos músculos seja diminuída, caso contrário, há estrangulamento dos capilares que são os responsáveis pela distribuição de nutrientes aos músculos e pela retirada de subprodutos do metabolismo. Um músculo sem irrigação sanguínea se fatiga facilmente, porém, se este músculo for alternado com movimentos de contração e relaxamento, funcionará como uma bomba sanguínea, ativando a circulação nos capilares e aumentando sua resistência contra a fadiga.

“Na impossibilidade de o trabalho estático ser cessado, deverá ser aliviado, para que permita mudanças de posturas, apoios para algumas partes específicas do corpo ou pausas frequentes que permitam o alívio da fadiga.” (FERREIRA, STADLER E PILATTI, 2009, p. 6).

Segundo Ferreira, Stadler e Pilatti (2009), para que o mobiliário seja adequado, é necessário que a criança tenha possibilidade de: girar dos braços estendidos em torno do ombro, os quais descrevem arcos de 55 a 65 cm; A altura do cotovelo e o tipo de trabalho a ser executado influenciam diretamente na altura

Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPCD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013

adequada da mesa. Quando o aluno estiver sentado, a altura do cotovelo depende da altura do assento a partir da altura poplíteia (parte inferior da coxa). Somando-se a esta altura do cotovelo (acima do assento), obtém-se a altura da mesa.

Na hipótese de se projetar uma mesa regulável, pode-se dispensar o apoio dos pés. Porém, em alguns casos esse apoio deve ser mantido, pois auxilia nas pequenas mudanças de postura, contribuindo para o alívio da fadiga. Há que se considerar esse apoio para os pés para o universo de usuários com baixa visão. Aconselha-se que a superfície da bancada fique de 5 a 10 cm abaixo da altura dos cotovelos. Contudo, para trabalhos que exijam maior precisão, é conveniente uma superfície ligeiramente mais alta, com até 5 cm do cotovelo. (FERREIRA, STADLER E PILATTI, 2009 IIDA, 2000, p.10).

Segundo os mesmos autores, para trabalhos manuais, a superfície de trabalho pode ser inclinada até 15° para frente.

A largura desse espaço deve ser 60 cm no mínimo, e a profundidade deve medir pelo menos 40 cm na parte superior (joelhos) e 100 cm na parte inferior, junto aos pés.

Para Kroemer e Grandjean (2005), a distância entre o assento e a mesa constitui-se na medida mais importante a ser considerada, pois a altura das mesas não ajustáveis é definida com base em medidas médias e não consideram as variações individuais. Os autores recomendam ainda, que não sejam colocadas gavetas acima dos joelhos e nem em caixilhos espessos. (KROEMER E GRANDJEAN, 2005 apud FERREIRA, STADLER e PILATTI, 2009, p. 10).

Ainda no trabalho deste autor, enfatiza-se que muitas cadeiras permitem a regulação da altura do assento e o ajuste da posição do encosto. Entretanto a altura do assento deve seguir as seguintes características:

- a) ser regulável em movimentos contínuos e suaves;
- b) apoiar a coxa no assento, sem esmagamento de sua parte inferior e os pés apoiarem-se no chão. A postura com os pés em balanço torna-se fatigante;



c) o encosto da cadeira deve proporcionar apoio para a região lombar (na altura do abdômen). Deve-se ainda deixar um espaço livre de 10 cm a 20 cm entre o assento e o encosto, que deve ter altura de 30 cm;

d) a parte inferior do encosto deve ser convexa, para acomodar a curvatura das nádegas, ou ser vazada.

Além disso, quando a cadeira é giratória, reduz-se a necessidade de torcer o tronco, permitindo maiores variações de postura e prevenindo a fadiga.

A postura ereta do tronco com apoio lombar é recomendável para que não haja maior esforço dos músculos das costas e tensão dos discos intra-vertebrais, e as recomendações aqui expostas permitem a aplicação da usabilidade e da ergonomia, considerando as limitações e necessidades de seus usuários. Apresenta-se também, possibilidades de adequações pertinentes a cada caso, proporcionando aos usuários melhor desempenho e eficiência nas tarefas. (FERREIRA, STADLER e PILATTI, 2009, p. 14)

De acordo Pereira, Stadler e Pilatti (2009), “ênfatiza-se que se nada for feito a respeito do mobiliário, a situação pode contribuir para o surgimento de patologias musculoesqueléticas, e interferir no processo educativo.”

### **3 Transferências**

Percebe-se que se faz necessário, na rotina da sala de aula da criança com deficiência física, conhecimentos sobre manuseio de equipamentos, transferência de cadeira de rodas e posicionamento correto. Nesse contexto, é necessário uma atenção especial com relação à transferência da cadeira de rodas para a carteira escolar, devendo-se buscar um bom assentamento, com um mobiliário escolar adaptado, suportes para o posicionamento e outros materiais adequados que facilitem aos alunos um bom controle postural, assim como uma melhor interação com seu ambiente escolar, favorecendo, portanto, suas possibilidades de

comunicação e de aprendizado. (BOSCHI et al, 2011)

Grande parte das agressões à coluna vertebral em trabalhadores da saúde estão relacionadas a condições ergonômicas inadequadas de mobiliários, posto de trabalho e equipamentos utilizados nas atividades cotidianas, sendo as dores nas costas causadas por traumas crônicos repetitivos, que envolvem muitos outros fatores, além da manipulação de pacientes. (ALEXANDRE e ROGANTE, 2000)

“As habilidades em movimentação de pacientes devem ser complementadas com o estabelecimento de práticas seguras de trabalho dentro de uma estrutura ergonômica, usando-se, sempre que possível, materiais e equipamentos auxiliares.” (ALEXANDRE e ROGANTE, 2000)

Cabe ao fisioterapeuta instruir o professor sobre o posicionamento e manuseio para a criança portadora de deficiência física, bem como orientá-la na seleção e uso de equipamentos, mobiliários, dispositivos de suporte, adaptação e facilitação dos padrões posturais, tanto no meio ambiente de sala de aula como em atividades extraclasse como passeios, jogos recreacionais, enfim, em qualquer atividade (DURCE et al apud MORAES, 2004).

O fisioterapeuta pode desenvolver programas de treinamento que visam a instruir os educadores de estudantes com deficiências físicas, tais como técnicas de posicionamento ou métodos para auxiliar na independência funcional da criança, principalmente no que diz respeito às atividades pedagógicas.

Segundo Alexandre e Rogante (2000), para se movimentar e transportar pacientes, existem alguns aspectos a serem considerados, como:

- a) avaliação e preparo do cliente – analisar a capacidade de colaboração, bem como a presença de soros ou sondas que não deve ser mudado rapidamente de posição e tem que estar usando chinelos ou sapatos com sola antiderrapante caso consiga ajudar na movimentação;
- b) preparo do ambiente e dos equipamentos – eliminar obstáculos, observar a disposição do mobiliário, travar as rodas da cadeira ou maca, colocar suporte de soro próximo quando necessário;

- c) preparo da equipe – deixar os pés apoiados no chão, trabalhar com segurança e calma, flexionar os joelhos ao invés de flexionar a coluna, utilizar movimentos sincrônicos, trabalhar mais próximo do cliente que vai ser manipulado, realizar a manipulação do cliente em pelo menos duas pessoas;
- d) movimentação de clientes no leito – ao colocar e retirar fraldas, o paciente pode auxiliar, deve-se utilizar o trapézio, no leito, e solicitar que eleve o quadril, evitando-se assim, a necessidade de erguê-lo;
- e) auxiliar o cliente a levantar de cadeira ou poltrona - Colocar o cliente para frente da cadeira, puxando-o alternadamente pelo quadril; Permanecer ao lado da cadeira, olhando do mesmo lado que o paciente; O cliente deve colocar uma mão no braço mais distante da cadeira e a outra é apoiada pela mão do trabalhador de enfermagem. Com o outro braço, o trabalhador circunda a cintura do paciente, segurando no cinto de transferência; Levantar de uma forma coordenada, com movimentos de balanço. Dependendo das condições do cliente, pode ser necessária a participação de outra pessoa, do outro lado da cadeira;
- f) transferir o cliente do leito para uma poltrona ou cadeira de rodas - O paciente pode executar essa transferência de uma forma independente ou com uma pequena ajuda, utilizando uma tábua de transferência, da seguinte maneira: Posicionar a cadeira próxima à cama. Elas devem ter a mesma altura; Travar a cadeira e o leito, remover o braço da cadeira e elevar o apoio dos pés; Posicionar a tábua apoiada seguramente entre a cama e a cadeira;

Dentro deste contexto, procurou-se colaborar apresentando-se orientações básicas sobre a mobilização e a transferência de clientes dentro de uma abordagem ergonômica.

## **DISCUSSÃO**

O Núcleo de Apoio ao Atendimento Educacional Especializado visa à educação e a inserção de crianças com deficiências na rede escolar de Lins e na sociedade. Ainda oferece suporte às famílias, como atendimentos com psicólogos e oficinas, onde são criados utensílios, como bolsas, agendas, materiais adaptados para uso exclusivo do indivíduo que necessite.

Um estudo etnográfico de Baker e Donnelly (2001), que teve como objetivo explorar a influência do ambiente na qualidade de experiências sociais de quatro crianças com síndrome do X frágil, morando em Sidney, Austrália, mostrou que a

família é uma influencia poderosa nas experiências sociais da criança. “A superproteção dos pais, que é citada como um obstáculo para as experiências sociais, neste estudo foi visto como se iniciando pela falta de suporte de médicos, terapeutas, amigos e familiares.” (BAKER E DONELLY, 2001 apud RORIZ, 2005)

Muitos pais não acreditam que seus filhos tenham esta capacidade de comunicar-se, interagir, expressar sentimentos entre outras coisas, por ter uma percepção negativa sobre a deficiência física imposta pela comunidade.

Heller, Factor e Hahn (1999) examinaram a transferência de 30 adultos com paralisia cerebral de uma casa de repouso para casas comunitárias nos Estados Unidos, comparando com adultos que permaneceram na casa de repouso. Observaram que os adultos transferidos obtiveram benefícios nas áreas da saúde e no comportamento social, a despeito de ter ocorrido uma diminuição de cuidados médicos nas casas comunitárias; ainda notou-se que a mobilidade dos transferidos (andando/ cadeira de rodas), aumentou bastante quando comparada aos não transferidos. (HELLER, FACTOR E HAHN, 1999 apud RORIZ, 2005).

A interação de pais e filhos pode ser facilitada pelos profissionais da saúde, ressaltando as habilidades da criança. A consciência que a criança tem dos estímulos ambientais das respostas sociais e das habilidades motoras pode ser enfatizada durante as sessões de terapia. Os pais podem ser ensinados a intensificar essas habilidades, assim como as diretamente relacionadas com a “terapia”. (RATLIFFE, 2008, pag. 7).

## CONCLUSÃO

O foco deste trabalho foi conscientizar a respeito da inclusão escolar e elaborar técnicas a fim de que profissionais da saúde e da educação possam ter um olhar mais crítico sobre as condições físicas e psíquicas dessas crianças no processo escolar.

É de extrema importância que haja contato com a família, para que sejam estimulados, ensinados a respeito das condições de seus filhos, para que não foquem no que seus filhos não podem realizar e sim ter plena consciência do que são capazes. De acordo com Ratlife (1998),

“essa visão pessimista pode induzir modos negativos de interação, inclusive rigidez, desaprovações frequentes ou superproteção.”

“Fazendo-se visitas semanais às escolas, o terapeuta e o professor trocam informações e conhecimentos com relação às necessidades particulares da criança, no contexto das atividades da classe.” (RATILIFFE, 1998, pag. 9).

A fisioterapia é umas das áreas que é de extrema importância para crianças com deficiências físicas, pois muitas vezes, afecções que tornam a criança diferente das outras, é crucial para a exclusão da criança no contexto social. Neste contexto, atua em forma de “elo” entre o diferente e o comum, contribuindo para a inclusão tão desejada por estas crianças.

Portanto, terapeutas devem olhar essas crianças como seres humanos em potencial, com capacidade para aprender e estar como mediador também entre a escola e a família, mostrando-lhes quão capazes são seus filhos, promovendo a inclusão na vida dessas crianças com necessidades especiais.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.

ARAÚJO, R. M. E. Mobiliário Escolar Acessível e Tecnologia Apropriada. **http://www.cnotinfor.pt**. [s. l.]; 2010; Disponível em [http://www.cnotinfor.pt/inclusiva/pdf/Mobiliario\\_escolar\\_pt.pdf](http://www.cnotinfor.pt/inclusiva/pdf/Mobiliario_escolar_pt.pdf). Acesso em 09 maio de 2012.

BARROS, J; Boa Postura na Sala de Aula. **www.educador.brasilecola.com**. [s. l.]; 21/11/2010. Disponível em: <http://educador.brasilecola.com/sugestoes-pais-professores/boa-postura-na-sala-aula.htm>. Acesso em 15 de maio de 2012.

BIASOLI, M. C.; MACHADO, C. M. C.; Hidroterapia: técnicas e aplicabilidades nas disfunções reumatológicas. **http://www.biasolifisioterapia.com.br**. [s. l.] 3 de julho de 2006. *Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPCD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013*

Disponível em: <http://www.biasolifisioterapia.com.br/publicacoes/TReuma3-06-Hidroterapia.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

BOSCHI, R. M. S et AL. Acessibilidade de Crianças portadoras de Necessidades especiais em escolas. [www.omnipax.com.br](http://www.omnipax.com.br). [s.l]; 2011. Disponível em: <http://omnipax.com.br/livros/2011/FNP/FNP-cap16.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2012.

CARGININ, A. P. M; MAZZITELL, C.; Proposta de Tratamento Fisioterapêutico para Crianças Portadoras de Paralisia Cerebral Espástica, com Ênfase nas Alterações Musculoesqueléticas. **Revista de Neurociências**. [s. l]; [s. d]; páginas 34-39, Ed. 11, 2003.

DURCE, K. et al; A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 30 de janeiro de 2006. Pág. 156 – 159.

FERREIRA, S. M. S; STADLER, R. C. L; PILATTI, LUIZ ALBERTO. Recomendações ergonômicas aplicáveis ao mobiliário escolar para prevenção de problemas posturais em alunos com baixa visão. <http://www.pg.utfpr.edu.br>. [s. l.] 2009. Disponível em: [http://www.pg.utfpr.edu.br/sinect/anais/artigos/1%20CTS/CTS\\_Artigo9.pdf](http://www.pg.utfpr.edu.br/sinect/anais/artigos/1%20CTS/CTS_Artigo9.pdf). Acesso em 16 de maio de 2012.

KAVALCO, T. F. **A eficácia de orientações de posicionamentos sentados e funcionais aplicadas no domicílio para família de uma criança portadora de paralisia cerebral: um estudo de caso.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel, 2003.

MELO, F. R. L. V.; FERREIRA, C. C. A.; O Cuidar do Aluno com Deficiência Física na Educação Infantil Sob a Ótica das Professoras. [www.scielo.br](http://www.scielo.br). [s. l.]; janeiro de 2009. Disponível: [www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-c10565382009000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-c10565382009000100009&script=sci_arttext)

*Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPCD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013*

NORM, A.; HANSON, B.; **Exercícios Aquáticos Terapêuticos**; São Paulo: Manole, 1998.

PEREIRA, L. L.; MOBILIÁRIO ESCOLAR ADAPTADO PARA PESSOA PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS. <http://www.ngd.ufsc.br>. Campinas, 05 de abril de 2002.

Disponível

em:

<http://www.ngd.ufsc.br/arquivos/ergouepa/artigos/ErgoDesign03%20Pereira,%20Leandro%20Lopes.pdf>. Acesso em 14 de maio de 2012.

RATLIFE, K. T; **Fisioterapia Clínica Pediátrica**. São Paulo: Santos, 1998, pag. 7.

REGINATO, L.G; **Inclusão Escolar do Deficiente Físico: A visão do profissional de escolas municipais e fisioterapeutas atuantes na área de neuropediatria do município de Cascavel**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel, 2005.

RORIZ, T. M. S.; Inclusão/ Exclusão social e escolar de crianças com Paralisia Cerebral. <http://www.teses.usp.br>. Ribeirão Preto- SP; 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-31072006-145520/pt-br.php>. Acesso em: 15/05/2012.

RUOT, R. G; MORRIS, D. M; COLE, A. J; **Reabilitação Aquática**; São Paulo: Manole, 2000.

XHARDES, Y. **Manual de Cinesioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2000.