



MANUAL PEDAGÓGICO
DO NUAP
NÚCLEO DE APOIO
PSICOPEDAGÓGICO



Rua: Dr. Pedrinho, 79, Bairro Rio Morto
CEP: 89082-262 Indaial-SC
Home-page: www.uniasselvi.com.br

Manual do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NUAP)

Centro Universitário Leonardo Da Vinci
Núcleo de Educação a Distância

Reitor

Prof. Janes Fidélis Tomelin

Pró-Reitora de Ensino de Graduação a Distância

Profa. Neuzi Schotten

Pró-Reitoria Operacional de Ensino de Graduação a Distância

Érico Coelho Ribeiro

Elaboração do texto, organização e sistematização do Manual

Prof.^a MSc. Ana Clarisse Alencar Barbosa

Prof.^a Dr.^a Maquiel Duarte Vidal

Integrantes do NUAP que colaboraram para a construção deste Manual

Prof.^a Adriana Prado Santana Santos

Prof.^a MSc. Ana Clarisse Alencar Barbosa

Prof.^a Gabriela Pedrotti

Prof.^a Joelma Crista Sandri Bonetti

Prof.^a Dra. Maquiel Duarte Vidal

Prof.^a MSc. Patrícia Cesário Pereira Official



Da arte ao trabalho

“A arte da capa foi desenvolvida pensando na beleza das flores, na riqueza de detalhes, na diversidade de espécies, cores e tamanhos. Imaginem um mundo apenas com rosas vermelhas, ou apenas com orquídeas amarelas, ou ainda, somente com jasmims brancos. É justamente esta diversidade que embeleza o mundo em que vivemos”.

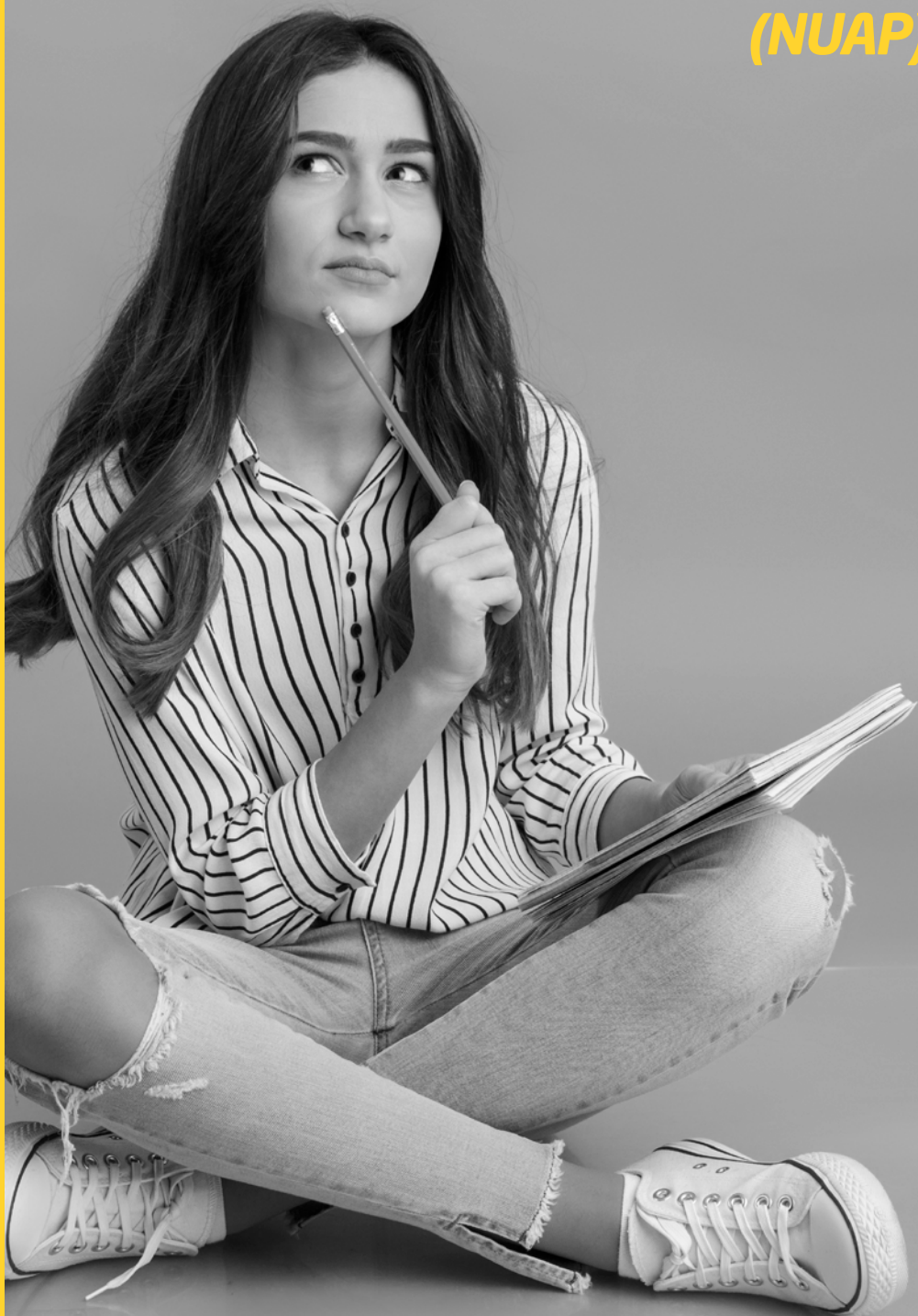
(Cleiton Baumann – Supervisor Audiovisual NEAD)

A Uniasselvi está disposta a auxiliar a transformar em flores cada dificuldade que encontraremos pelo caminho da inclusão e da acessibilidade. É um caminho que exigirá muito de todos nós, pois temos as informações do que fazer, mas não as informações de como fazer. Então, sim, estamos desbravando esse caminho.

Destaca-se ainda que, embora não encontremos flores pelo caminho que iremos trilhar, a Uniasselvi está disposta a plantá-las por onde passar.

Para defender a arte da nossa capa, salientamos que a diversidade é o que encontramos quando se fala em ser humano. Pensem quão importante é esta diversidade para o embelezamento do mundo.

**NÚCLEO DE APOIO
PSICOPEDAGÓGICO
(NUAP)**





APRESENTAÇÃO

MISSÃO

Melhorar a vida das pessoas por meio da educação responsável e de qualidade, formando cidadãos e preparando profissionais para o mercado, contribuindo para o desenvolvimento de seus projetos de vida.

VISÃO

Ser referência em educação, atuando de forma inovadora e sustentável, e a melhor escolha para estudar, trabalhar e investir, líder nos mercados onde atua.

VALORES



Paixão por Educar

Somos educadores movidos pela paixão em formar e desenvolver pessoas.



Respeito às Pessoas

Promovemos o respeito à diversidade e aos compromissos assumidos, cultivando relacionamentos.



Honestidade e Responsabilidade

Agimos com integridade, transparência e assumimos os impactos de nossas ações.



Fazer Acontecer

Somos ágeis em transformar ideias e desafios em realizações.



Foco em Geração de Valor Sustentável

Trabalhamos para gerar impactos positivos e sustentáveis para a sociedade.



Trabalhar e Aprender Juntos

Unimos esforços para o mesmo propósito.



O Centro Universitário Leonardo da Vinci (Uniasselvi) iniciou suas atividades como Associação Educacional Leonardo da Vinci (ASSELVI), no ano de 1999, com oferta de cursos na modalidade presencial. Em 2005, deu início à oferta de cursos na modalidade a distância. Desde então vem atuando no ramo educacional com o compromisso de formação de pessoas por meio da educação, difundindo conhecimento e cultura capazes de realizar transformação pessoal esocial.

Nesse contexto, em 2012, a Resolução nº 021-A/2012 criou o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NUAP). O NUAP vem em resposta aos desafios da Instituição em se adaptar no que tange ao acolhimento e atendimento aos acadêmicos com deficiência, transtornos e síndromes; este, tempor objetivo geral propiciar o ingresso e a permanência dos acadêmicos como propósito de fortalecer as práticas inclusivas de acesso.

FIGURA 1 - COMPOSIÇÃO DO NUAP



FONTE: Dados Institucionais.

Por conseguinte, a Resolução nº19-C/2014, a Instituição constitui esse núcleo como um órgão consultivo e deliberativo, que visa atender aos acadêmicos em suas necessidades individuais e coletivas, emocionais e cognitivas, sociais e científicas, vocacionais e profissionais e em qualquer outra forma de aprender, de ser e de se relacionar com o interdisciplinar e dinâmico mundo do trabalho, bem como, com o que precede a esse relacionamento, o mundo do conhecimento do ensino superior.



Desse modo, junto aos atores pedagógicos e aos acadêmicos, o NUAP promove ações de acolhimento, informação e integração com a comunidade acadêmica, como mecanismo de reduzir as dificuldades enfrentadas na aquisição do conhecimento científico.

Assim, este manual vem ao encontro da proposta da Uniasselvi, que é de orientar as questões relativas à inclusão no cotidiano acadêmico. Propiciando reflexões sobre o contexto educativo inclusivo, além de apresentar subsídios orientadores aos atores pedagógicos da Instituição, no trato às questões inclusivas, contemplando aspectos legais, orientações procedimentais e técnicas que permeiarão as ações da Uniasselvi.

Consequentemente, a inclusão é um processo e envolve mudanças em onde se aprende com as diferenças em todos os aspectos e esferas, seja humana, política, econômica ou social, por isso é um trabalho desafiador em que a Uniasselvi se lança para atender, da melhor maneira possível, aos seus acadêmicos.

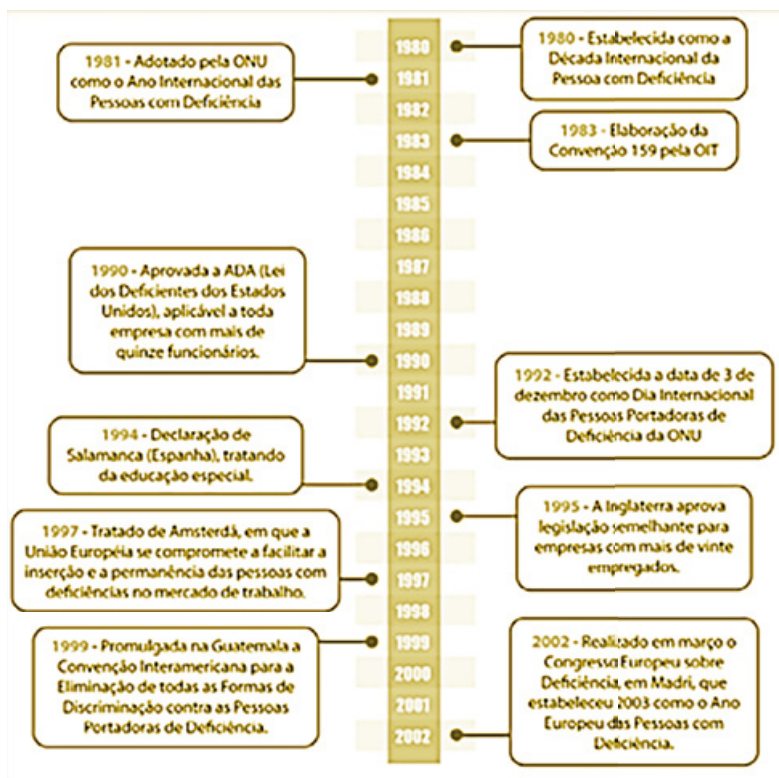
Dessa forma, desejamos que o conteúdo deste manual possa não apenas contribuir para um aprimoramento da prática pedagógica dos envolvidos, mas também possibilite a quebra de barreiras que interferem na inclusão dos acadêmicos com deficiência, transtornos e síndromes, contribuindo para construção de práticas educacionais inclusivas junto aos acadêmicos.

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEONARDO DA VINCI - UNIASSELVI

_1. A INCLUSÃO NO ENSINO SUPERIOR. O QUE DIZ A LEGISLAÇÃO?

O Brasil, enquanto país membro da Organização das Nações Unidas (ONU), é signatário de vários documentos produzidos na Assembleia Geral da ONU, que versam sobre **Direitos Humanos**. Muitos desses documentos são norteadores para o desenvolvimento e elaboração das políticas públicas internas. Nesse sentido, a década de 1980 tem sido chamada por muitos especialistas na área de inclusão como a década da (pessoa com deficiência), isso porque, foi nesse período que várias ações em sociedade foram implementadas, a fim de favorecer a pessoa com deficiência por meio de uma Educação Inclusiva.

A Figura 1 apresenta sinteticamente o percurso das diretrizes internacionais sobre a pessoa com deficiência, a partir de 1980.



FONTE: Linha do tempo da Legislação internacional retirada a Cartilha da FEBRABAN.
FONTE: Adaptado de Brasil (2006).

QUADRO 1 - HISTÓRICO DE DOCUMENTOS E MARCOS ORIENTADORES, NO ÂMBITO INTERNACIONAL

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS	
1948	A Declaração assegura às pessoas com deficiências os mesmos direitos à liberdade, a uma vida digna, à educação fundamental, ao desenvolvimento pessoal e social e à livre participação na vida da comunidade.



DECLARAÇÃO DE JOMTIEN (TAILÂNDIA)	
1990	Evento: a Conferência Mundial sobre Educação para Todos. Resumo: o Brasil assumiu, perante a comunidade internacional, o compromisso de erradicar o analfabetismo e universalizar o ensino fundamental no país.



DECLARAÇÃO DE SALAMANCA (ESPANHA)	
1994	Evento: a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. Resumo: o Brasil comprometeu-se com o alcance dos objetivos propostos, que visam à transformação dos sistemas de educação em sistemas educacionais inclusivos.



CONVENÇÃO DE GUATEMALA (GUATEMALA)	
1994	Evento: Convenção Internacional para Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiências. Resumo: Promulgada no Brasil pelo decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência, toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais.



CONVENÇÃO DE MADRID (ESPANHA)	
2003	Resumo: Estabelece que todos os seres humanos são livres e iguais em dignidade e direitos.

FORNE: NUAP (2014)

O cenário Nacional Brasileiro sobre direitos humanos vem sendo discutido desde 1988 com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB). Por conseguinte, no ápice de nossa Carta Magna estão os fundamentos da República Federativa do Brasil, onde encontramos a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. II e III) como um princípio constitucional, que se norteia em prol da promoção da qualidade de vida e bem-estar a todos, sem preconceitos de raça, sexo, idade, origem, cor e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, inc. IV). Neste sentido, todos os cidadãos brasileiros, perante a lei, devem ser tratados com igualdade de direitos e obrigações, visto que é assim que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o garante expressamente em seu artigo 5º e incisos.

Vale salientar também que é assegurado a todos os cidadãos o direito à educação, conforme previsto no artigo 205 e seguintes da Carta Magna Brasileira de 1988, uma vez que se expressa a necessidade de garantir o “pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (art. 205).

No que tange às questões relativas ao ensino, a CRFB de 1988 assegura como um dos princípios constitucionais a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” (art. 206, inc. I). Complementando, a Constituição Brasileira ainda nos coloca que o “dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um” (art. 208, inc. V).

Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, como lei máxima da sociedade brasileira, garante a todos os cidadãos brasileiros o direito à educação e ao acesso às instituições de ensino.

Nesse sentido, para compreender melhor o cenário, poder-se-á visualizar no Quadro 2 o desenvolvimento histórico de documentos que norteiam os processos relacionados a direitos humanos no Brasil.

QUADRO 2 - HISTÓRICO DE DOCUMENTOS ORIENTADORES NO ÂMBITO NACIONAL

Constituição Federal (1988)

- Fornece autonomia política aos municípios para tomar decisões e implantar recursos e processos necessários para garantir a melhor qualidade de vida para os cidadãos que neles residem.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)

- Assegura o direito à criança e ao adolescente à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996)

- Atribui aos municípios a responsabilidade de formalizar a decisão política e desenvolver os passos necessários para implementar, em sua realidade sociogeográfica, a educação inclusiva, no âmbito da Educação Infantil e Fundamental.

Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Decreto nº 3.298 (1999)

- Estabelece a matrícula compulsória de pessoas com deficiência em cursos regulares, a consideração da educação especial como modalidade de educação escolar que permeia transversalmente todos os níveis e modalidades de ensino, a oferta obrigatória e gratuita da educação especial em estabelecimentos públicos de ensino.

Convenção interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência - Decreto nº 3.956 (2001)

- Estabelece medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade.

Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001)

- Instituída pela resolução CNE/CEB nº 02/2001, manifesta o compromisso do país com o desafio de construir coletivamente as condições para atender bem à diversidade de seus alunos.

Lei nº 10.436/02

- Reconhece a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como meio legal de comunicação e expressão e outros recursos de expressão a ela associados.



Decreto nº 5296/04

- Determina que os estabelecimentos de ensino (Art. 24) de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos e privados, proporcionarão condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios, instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários.

Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008)

- Define a Educação Especial como modalidade transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, tendo como função disponibilizar recursos e serviços de acessibilidade e o atendimento educacional especializado, complementar à formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

Decreto nº 7612/2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

- promove políticas públicas de inclusão social das pessoas com deficiência.

LEI Nº 13.234, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2015.

- Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a identificação, o cadastramento e o atendimento, na educação básica e na educação superior, de alunos com altas habilidades ou superdotação.

Decreto nº 6949/09

- Ratifica, como Emenda Constitucional, a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (ONU, 2006), que assegura o acesso a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis.

Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação em Direitos Humanos - Parecer CNE/CP 8/2012

- Recomenda a transversalidade curricular das temáticas relativas aos direitos humanos. Define como "princípios da educação em Direitos": a dignidade humana, a igualdade de direitos, o reconhecimento e valorização das diferenças e das diversidades, a laicidade do Estado, a democracia na educação, a transversalidade, vivência e globalidade, e a sustentabilidade socioambiental.



Lei 12.764/12

• Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Lei 13.146/15

• Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

FONTE: NUAP (2014)

Sobre a educação inclusiva, e o IES, de acordo com a LDB (BRASIL, 1996), a IES deverá:

I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;

II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

III - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 1996).

Por conseguinte, como demonstrado no Quadro 2, pode-se observar que muito se tem avançado em termos de legislação sobre os direitos humanos e educacionais no Brasil, portanto, é imprescindível que as instituições de ensino superior voltem sua atenção a esse cenário e busquem alternativas de adaptação às mais diversas situações, conforme as necessidades dos acadêmicos inseridos em suas salas de aula. Assim, obter informações sobre atendimento às pessoas com deficiência, transtornos e síndromes é de suma importância, por auxiliar na compreensão desse assunto.



Deste modo, com a aprovação do Decreto Federal nº 5.296/04, que regulamenta as Lei nº 10.048/00, no seu art. 1º que da prioridade de atendimento “às pessoas com deficiência os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário”. E a Lei nº 10.098/00, que no Art. 1º “Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, [...]Pode-se observar que a acessibilidade foi garantida em todos os âmbitos, assim, cabe as Instituições adequar-se a essa realidade.

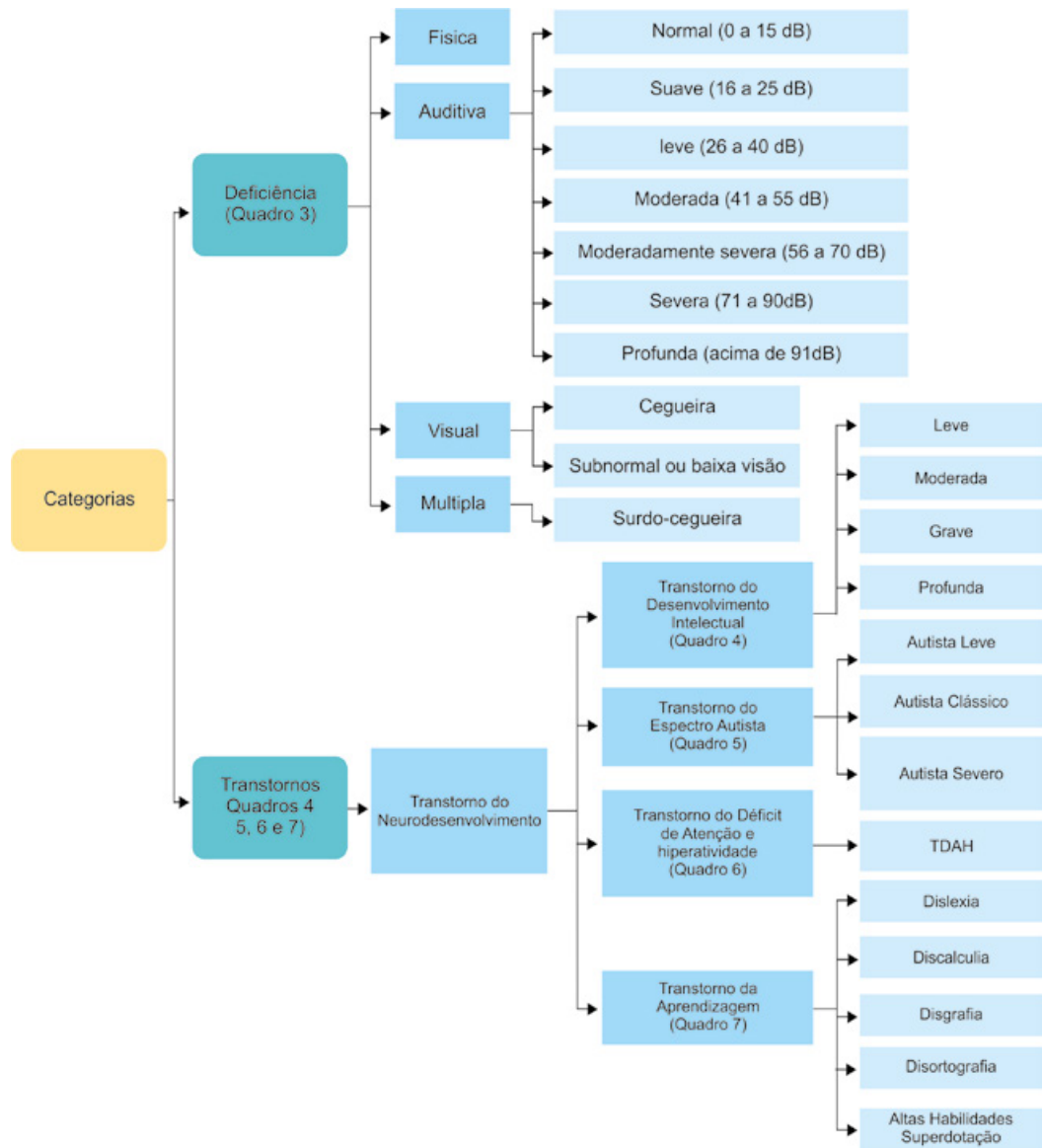
Salienta-se ainda que segundo o Decreto Legislativo nº 186/08, que aprovou o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30/03/2007, pode-se entender por pessoas com deficiência “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. Este conceito converge para o apresentado pela Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva (BRASIL, 2008).

Neste contexto, uma realidade cada vez mais vista no cenário do Ensino Superior, é o ingresso de pessoas com deficiência, transtorno e síndrome, por isso faz-se necessário entender os conceitos atrelados a estes termos, o que contribuirá para a melhoria nas ações de atendimento aos acadêmicos.

Os conceitos relacionados às deficiências e aos transtornos são apresentados em diversos documentos legais e estão à disposição inclusive para consulta pública. Portanto, no sentido de discernir estes contextos legais, buscou-se compilar e sintetizar as categorias encontradas inicialmente para Deficiências e Transtornos na Figura 1, com a finalidade de trazer à luz estas situações e resoluções.



FIGURA 2 - APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS PARA DEFICIÊNCIAS E TRANSTORNOS



FONTE: Adaptado de DSM V (2014)

Como visto na Figura 1, apresentamos uma representação estruturada das diferentes categorias em que são subdivididas as deficiências e os transtornos. Essa classificação é a mais atual disponível aos profissionais da área da saúde para que procedam com a realização do parecer aos seus pacientes (DSM-V, 2014).

Assim, acreditamos que esta sistematização e representação das categorias encontradas possibilitem maior entendimento sobre as necessidades específicas de cada deficiência e transtornos no processo de ensino e aprendizagem.



Observamos, ainda na Figura 1, que o item “Deficiência” contempla a seguinte subdivisão:

- Física
- Auditiva
- Visual e
- Múltipla

No intuito de aprofundar nossos conhecimentos relativos às definições para as cinco categorias de deficiências, passaremos agora a explorar os conceitos ou definições sobre a subdivisão das deficiências, conforme podem ser visualizadas no Quadro 3.

QUADRO 3 - DEFINIÇÕES PARA AS CINCO CATEGORIAS DE DEFICIÊNCIA

DEFICIÊNCIA	DEFINIÇÃO
FÍSICA	Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano , acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
AUDITIVA	Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais , aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. Segundo Martinez (2000), a classificação dos limiares de audição são: <ul style="list-style-type: none">• Audição NORMAL (0 a 15dB)• Deficiência auditiva SUAVE (16 a 25dB)• Deficiência auditiva LEVE (26 a 40dB)• Deficiência auditiva MODERADA (41 a 55dB)• Deficiência auditiva MODERADAMENTE SEVERA (56 a 70dB)• Deficiência auditiva SEVERA (71 a 90dB)• Deficiência auditiva PROFUNDA (acima de 91 dB)



VISUAL	<p>Refere-se ao desenvolvimento das funções visuais que vai da cegueira até a visão subnormal (baixa visão).</p> <p>CEGUEIRA, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.</p> <p>BAIXA VISÃO, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; ou casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.</p> <p>Segundo Gil (2000, p. 6), a cegueira, ou perda total da visão, pode ser adquirida ou congênita (desde o nascimento). “O indivíduo que nasce com o sentido da visão, perdendo-o mais tarde, guarda memórias visuais, [...] e isso é muito útil para sua readaptação. Quem nasce sem a capacidade da visão, ao contrário não consegue ter uma memória visual”.</p> <p>“Chama-se visão subnormal (ou baixa visão) à alteração da capacidade funcional decorrente de fatores como rebaixamento significativo da acuidade visual, redução importante do campo visual e da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades” (GIL, 2000, p. 6).</p> <p>“Chama-se visão monocular, a pessoa com visão em um só dos olhos [...], é considerada deficiente visual aquela pessoa cuja medida do campo visual em ambos os olhos seja inferior a 60o. (GABURRI, 2012, P. 4).</p>
MÚLTIPLA	<p>Associação de duas ou mais deficiências. Como surdocegueira, físico-visual, físico-auditiva.</p>

FONTE: BRASIL. Decreto federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 - DOU de 3/12/2004.

Neste sentido, é válido destacar que, as deficiências são abordadas no Decreto Federal nº5.296/2004, estão subdivididas em cinco grandes categorias: física; auditiva; visual; intelectual e múltipla. Além disso, o conceito de visão monocular dentro da categoria de Deficiência Visual-DV, foi aprofundado depois. Porém, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2015), houve reestruturação nestas cinco categorias. A deficiência intelectual passa a ser chamada de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, que pode ser: “Leve 317. (F70), 318.0 (F71) Moderada, 318.1 (F72) Grave, 318.2 (F73) Profunda, 315.8 (F88) Atraso Global do



Desenvolvimento e319 (F79) Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) Não Especificada”.(DSM V, 2014. P. 13). Todos estes estão inseridos na grande área de abrangência dos transtornos, chamada de Transtorno do Neurodesenvolvimento.

O Transtorno do Neurodesenvolvimento, segundo o DSM-5 trata-se de um conjunto de condições que se inicia no período de desenvolvimento do sujeito, geralmente antes do ingresso na escola. Assim, vale destacarmos que os déficits característicos desses transtornos vão de limitações específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas à prejuízos em habilidades sociais ou, até mesmo, Deficiência Intelectual, Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade, Transtorno Específico da Aprendizagem, Transtornos Motores e Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento (APA. 2014).

QUADRO 4 - TRANSTORNOS QUE COMPÕEM O CAPÍTULO DA DSM-5 SOBRE TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO DSM-5
Deficiência Intelectual
Transtornos de Comunicação
Transtorno do Espectro Autista
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
Transtorno Específico da Aprendizagem
Transtornos Motores
Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento

FONTE: DSM-5 (2014).

Ao se observar o quadro X, compreendemos que nova a classificação da **DSM-5** vem lançar olhar longitudinal sobre o curso dos transtornos mentais, estabelecendo algumas mudanças, como a exclusão do capítulo “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”. Vale ressaltar que a partir desta exclusão parte dos diagnósticos, passaram a serem compreendidos como Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Mediante a compreensão aqui elucidada sobre o que significa o conceito de Transtorno do Neurodesenvolvimento, iniciaremos discussões sobre alguns dos Transtornos do Neurodesenvolvimento sob a luz do DSM-5, dando-se início pela Deficiência Intelectual.



• DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Quando ouvimos a palavra deficiência, nos reportamos primeiramente a alguém em uma cadeira de rodas, usando muletas. Reportamo-nos também aos sujeitos que não ouvem ou não veem. No entanto, a deficiência não se resume a andar, ouvir, falar e ver. Para explorarmos melhor este conceito, iremos nos reportar a 1976, ano este em que a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de conhecer melhor as doenças, publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* em caráter experimental. Ao ser traduzido para o português, lê-se: Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens –CIDID. (TRENTIN, 2018).

A partir dessa classificação, Farias e Buchalla (2005) descrevem que a *Impairment*, ou deficiência passou a ser descrita como anormalidades nos órgãos, sistemas e nas estruturas do corpo. No entanto, a *Disabilities*, ou incapacidade, foi caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista funcional (desempenho das atividades) e os *Handicaps*, como a adaptação ao meio, o qual resulta da deficiência.

Cabe destacar que, a partir das definições expostas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), a qual foi ratificada pelo Decreto nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009, s. p.), ocorreu reflexões sobre o conceito de deficiência. O referido Decreto em seu Artigo 1º define as pessoas com deficiência como “[...] aquelas que tem impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial permanentes, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em bases iguais com as demais pessoas”.

Este conceito é reforçado pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), 13.146/2015, no “Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.(BRASIL, 2015).

Assim com base na definição de “pessoa com deficiência” exposta até aqui, citamos também, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) inicia pesquisas sobre a deficiência mental. As pesquisas da referida associação definiram conceitos, classificações, modelos teóricos e orientações em diversas áreas. No contexto que abarcou as pesquisas, emergiu a ressignificação do termo deficiência mental, para o termo deficiência intelectual



(TRENTIN, 2018). Este documento foi o resultado das discussões feitas na Conferência Internacional sobre Deficiência Intelectual, na cidade de Montreal – Canadá, nos dias 5 e 6 de outubro de 2004, sendo realizada pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OPM/OMS) (ONU, 2006).

Ao nos referirmos à deficiência intelectual, ressaltamos a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2019, s.p.), que a define como “uma incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que abrange **habilidades conceituais, sociais e práticas**”.

Ao encontro do anunciado pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2019), o DSM-5 evidencia a Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) como um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos **domínios conceitual, social e prático**. (APA, 2014).

Para esclarecermos o destacado pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2019) e pela APA (2014), sobre as **habilidades/ domínios conceituais, sociais e práticos** evidenciamos Smith (2008), o qual destaca que:

- as **habilidades/domínios conceituais** envolvem os aspectos acadêmicos, cognitivos e de comunicação (SMITH, 2008);
- as **habilidades/domínios sociais** respondem às exigências sociais exemplificadas pela responsabilidade, autoestima, habilidades interpessoais, observância de regras, normas e leis (SMITH, 2008);
- as **habilidades/domínios** práticas remetem ao exercício da autonomia, como: alimentar-se, arrumar a casa, deslocar-se de maneira independente e utilizar meios de transporte (SMITH, 2008);

No entanto para compreendermos os déficits funcionais, intelectuais e adaptativos o DSM-5 apresenta três critérios que devem ser preenchidos para o diagnóstico:

- **Déficits em funções intelectuais** como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados (APA, 2014).



- **Déficits em funções adaptativas** que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade (APA, 2014).
- Início dos **Déficits Intelectuais** e **Adaptativos** durante o período do desenvolvimento (APA, 2014).

Mediante os déficits funcionais, intelectuais e adaptativos anunciados, o DSM-5 ainda especifica em seu conteúdo a gravidade destes com base no funcionamento adaptativo, uma vez que é o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário (APA, 2014). **Funcionamento adaptativo** se refere a habilidades conceituais, sociais e práticas que permitem adaptação ao contexto vivenciado.

Assim, os níveis de gravidade para a Deficiência Intelectual, podem serem visualizados no quadro 3.



QUADRO 5 - NÍVEIS DE GRAVIDADE PARA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

NÍVEL DE GRAVIDADE	DOMÍNIO CONCEITUAL	DOMÍNIO SOCIAL	DOMÍNIO PRÁTICO
CID- F70 Leve	<p>-Em crianças pré-escolares, pode haver diferenças conceituais óbvias.</p> <p>-Para crianças em idade escolar e adultos, existem dificuldades em aprender habilidades acadêmicas que envolvam leitura, escrita, matemática, tempo ou dinheiro, sendo necessário apoio em uma ou mais áreas para o alcance das expectativas associadas à idade.</p> <p>-Nos adultos, pensamento abstrato, função executiva (planejamento, estabelecimento de estratégias, fixação de prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como uso funcional de habilidades acadêmicas (p. ex., leitura, controle do dinheiro), estão prejudicados. Há uma abordagem um tanto concreta a problemas e soluções em comparação com indivíduos na mesma faixa etária.</p>	<p>-Comparado aos indivíduos na mesma faixa etária com desenvolvimento típico, o indivíduo mostra-se imaturo nas relações sociais. Por exemplo, pode haver dificuldade em perceber, com precisão, pistas sociais dos pares.</p> <p>-Comunicação, conversação e linguagem são mais concretas e imaturas do que o esperado para a idade.</p> <p>-Podem existir dificuldades de regulação da emoção e do comportamento de uma forma adequada à idade; tais dificuldades são percebidas pelos pares em situações sociais.</p> <p>-Há compreensão limitada do risco em situações sociais; o julgamento social é imaturo para a idade, e a pessoa corre o risco de ser manipulada pelos outros (credulidade).</p>	<p>-O indivíduo pode funcionar de acordo com a idade nos cuidados pessoais.</p> <p>- Precisa de algum apoio nas tarefas complexas da vida diária na comparação com os pares.</p> <p>-Na vida adulta, os apoios costumam envolver compras de itens para a casa, transporte, organização do lar e dos cuidados com os filhos, preparo de alimentos nutritivos, atividades bancárias e controle do dinheiro.</p> <p>-As habilidades recreativas assemelham-se às dos companheiros de faixa etária, embora o juízo relativo ao bem-estar e à organização da recreação precise de apoio. Na vida adulta, pode conseguir emprego em funções que não enfatizem habilidades conceituais.</p> <p>-Os indivíduos em geral necessitam de apoio para tomar decisões de cuidados de saúde e decisões legais, bem como para aprender a desempenhar uma profissão de forma competente.</p> <p>- Apoio costuma ser necessário para criar uma família.</p>



CID- F71 Moderada	<p>-Durante todo o desenvolvimento, as habilidades conceituais individuais ficam bastante atrás das dos companheiros. -Nos pré-escolares, a linguagem e as habilidades pré-acadêmicas desenvolvem-se lentamente. -Nas crianças em idade escolar, ocorre lento progresso na leitura, na escrita, na matemática e na compreensão do tempo e do dinheiro ao longo dos anos escolares, com limitações marcadas na comparação com os colegas.</p> <p>-Nos adultos, o desenvolvimento de habilidades acadêmicas costuma mostrar-se em um nível elementar, havendo necessidade de apoio para todo emprego de habilidades acadêmicas no trabalho e na vida pessoal.</p> <p>- Assistência contínua diária é necessária para a realização de tarefas conceituais cotidianas, sendo que outras pessoas podem assumir integralmente essas responsabilidades pelo indivíduo.</p>	<p>-O indivíduo mostra diferenças marcadas em relação aos pares no comportamento social e na comunicação durante o desenvolvimento.</p> <p>-A linguagem falada costuma ser um recurso primário para a comunicação social, embora com muito menos complexidade que a dos companheiros.</p> <p>-A capacidade de relacionamento é evidente nos laços com família e amigos, e o indivíduo pode manter amizades bem-sucedidas na vida e, por vezes, relacionamentos românticos na vida adulta. Pode, entretanto, não perceber ou interpretar com exatidão as pistas sociais. -O julgamento social e a capacidade de tomar decisões são limitados, com cuidadores tendo que auxiliar a pessoa nas decisões. Amizades com companheiros com desenvolvimento normal costumam ficar afetadas pelas limitações de comunicação e sociais.</p> <p>-Há necessidade de apoio social e de comunicação significativo para o sucesso nos locais de trabalho.</p>	<p>-O indivíduo é capaz de dar conta das necessidades pessoais envolvendo alimentar-se, vestir-se, higiene, ainda que haja necessidade de período prolongado de ensino e de tempo para que se torne independente nessas áreas, talvez com necessidade de lembretes.</p> <p>-Da mesma forma, participação em todas as tarefas domésticas pode ser alcançada na vida adulta, ainda que seja necessário longo período de aprendizagem, que um apoio continuado tenha que ocorrer para um desempenho adulto.</p> <p>-Emprego independente em tarefas que necessitem de habilidades conceituais e comunicacionais limitadas pode ser conseguido, embora com necessidade de apoio considerável de colegas, supervisores e outras pessoas para o manejo das expectativas sociais, complexidades de trabalho e responsabilidades auxiliares, como horário, transportes, benefícios de saúde e controle do dinheiro.</p> <p>-Uma variedade de habilidades recreacionais pode ser desenvolvida. Estas costumam demandar apoio e oportunidades de aprendizagem por um longo período. Comportamento mal adaptativo está presente em uma minoria significativa, causando problemas sociais.</p>
------------------------------------	---	--	--



CID- F72 Grave	<p>-Alcance limitado de habilidades conceituais.</p> <p>-Geralmente, o indivíduo tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos que envolvam números, quantidade, tempo e dinheiro. Os cuidadores proporcionam grande apoio para a solução de problemas ao longo da vida.</p>	<p>-A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. A fala pode ser composta de palavras ou expressões isoladas, com possível suplementação por meios alternativos.</p> <p>-A fala e a comunicação têm foco no aqui e agora dos eventos diários. A linguagem é usada para comunicação social mais do que para explicações.</p> <p>-Os indivíduos entendem discursos e comunicação gestual simples.</p> <p>-As relações com familiares e pessoas conhecidas constituem fonte de prazer e ajuda.</p>	<p>-O indivíduo necessita de apoio para todas as atividades cotidianas, inclusive refeições, vestir-se e banhar-se.</p> <p>-Precisa de supervisão em todos os momentos.</p> <p>-Não é capaz de tomar decisões responsáveis quanto a seu bem-estar e dos demais.</p> <p>-Na vida adulta, há necessidade de apoio e assistência contínuos nas tarefas domésticas, recreativas e profissionais.</p> <p>- A aquisição de habilidades em todos os domínios envolve ensino prolongado e apoio contínuo.</p>
CID- F73 Profunda	<p>-As habilidades conceituais costumam envolver mais o mundo físico do que os processos simbólicos.</p> <p>-A pessoa pode usar objetos de maneira direcionada a metas para o autocuidado, o trabalho e a recreação.</p> <p>-Algumas habilidades viso espaciais, como combinar e classificar, baseadas em características físicas, podem ser adquiridas.</p> <p>-A ocorrência concomitante de prejuízos motores e sensoriais, pode impedir o uso funcional dos objetos.</p>	<p>-O indivíduo apresenta compreensão muito limitada da comunicação simbólica na fala ou nos gestos.</p> <p>-Pode entender algumas instruções ou gestos simples.</p> <p>-Há ampla expressão dos próprios desejos e emoções pela comunicação não verbal e não simbólica.</p> <p>-A pessoa aprecia os relacionamentos com membros bem conhecidos da família, cuidadores e outras pessoas conhecidas, além de iniciar interações sociais e reagir a elas por meio de pistas gestuais e emocionais.</p> <p>- A ocorrência concomitante de prejuízos sensoriais e físicos pode impedir muitas atividades sociais.</p>	<p>-O indivíduo depende dos outros para todos os aspectos do cuidado físico diário, saúde e segurança, ainda que possa conseguir participar também de algumas dessas atividades.</p> <p>-Aqueles sem prejuízos físicos graves podem ajudar em algumas tarefas diárias de casa, como levar os pratos para a mesa.</p> <p>-Ações simples com objetos podem constituir a base para a participação em algumas atividades profissionais com níveis elevados de apoio continuado.</p> <p>-Atividades recreativas podem envolver, por exemplo, apreciar ouvir música, assistir a filmes, sair para passear ou participar de atividades aquáticas, tudo isso com apoio de outras pessoas.</p> <p>-A ocorrência concomitante de prejuízos físicos e sensoriais é barreira frequente à participação (além da observação) em atividades domésticas, recreativas e profissionais.</p>



Frente ao evidenciado pelo DSM-5 sobre os níveis de gravidade que abarcam a Deficiência Intelectual, cabe destacar a importância da compreensão dos contextos nos quais a pessoa com deficiência intelectual está inserida, bem como a identificação dos apoios que ela necessita no âmbito acadêmico. No entanto, a utilização dos apoios requer os domínios de aplicação, os quais necessitam ser catalizadores de funções em diversos ambientes, promovendo o desenvolvimento humano; a aprendizagem; a vida em sociedade; a participação escolar; a qualidade de vida; as relações interpessoais, entre outros (TRENTIN, 2018).

Em continuidade as estas reflexões, buscaremos compreender brevemente as causas e os fatores de risco que compõe a deficiência intelectual a fim de não só utilizar de estratégias pedagógicas já existentes, mas também elaborar novas.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: CAUSAS E FATORES DE RISCO

Os fatores de risco, os quais envolvem a deficiência, tornam-se uma constante no desenvolvimento do ser humano, pois este pode ocorrer já na concepção. Assim, cabe destacar que são várias as causas e os fatores que podem levar à deficiência intelectual. No entanto, apesar de sofisticados recursos tecnológicos na área da medicina, desconhece-se muitas vezes a etiologia, ou seja, a causa em 50% dos casos de deficiência intelectual, pois os fatores etiológicos podem ocorrer antes, durante e após o nascimento (OMS, 2013). Podemos destacar os fatores etiológicos podem acontecer nos períodos: **Pré-natais**, **Perinatais** e **Pós-natais**.

Fatores de risco e causas Pré-natais: São os fatores que acometem o indivíduo desde a concepção até o parto. Assim, considera-se que entre os fatores de risco presentes antes do nascimento estão:

- ✓ Fatores maternos, os quais envolvem desordens genéticas; incompatibilidade sanguínea; fertilidade reduzida; idade materna (mais de 40 anos e menos de 15 anos); doenças infecciosas durante a gravidez; exposição ao Raio X; uso de drogas, fumo ou álcool; ingestão de remédios; excesso de vitamina A e B; hipertensão e epilepsia.
- ✓ Fatores psicológicos os quais envolvem desordens psiquiátricas.
- ✓ Fatores sociais, os quais envolvem a ausência de assistência médica; pré-natal.

Mediante os fatores apresentados, vale destacar que, as causas mais fáceis de identificação são as de desordens genéticas, as quais envolvem alterações cromossômicas (provocadas por alteração no número de cromossomos).Dentre as



alterações cromossômicas configuram-se nas causas mais frequentes de deficiência intelectual, a **Fenilcetonúria**, o **Hipotireoidismo Congênito**, a **Síndrome do X-frágil**, a **Síndrome de Down**, e a **Síndrome de Rett**.

Fatores de risco e causas Perinatais: São os fatores que acometem o bebê, do início do trabalho de parto até seu 30º dia de vida. Assim, consideram-se os fatores de risco perinatais:

- ✓ Parto: parto demorado (mais de 18 horas); uso de fórceps; prolapso do cordão umbilical e ruptura tardia ou prévia da placenta, entre outros.
- ✓ Condições do bebê: bebês prematuros; pós-maturos que apresentam características de desnutrição (peso ao nascer inferior a 2.500 kg); hiperbilirrubina nas primeiras 48 horas de vida; convulsões; bebê impregnado de mecônio ao nascer; com anóxia; choro reduzido; reflexos anormais; dificuldades respiratórias, entre outros.

Fatores de risco e causas Pós-natais: São os fatores que acometem do 30º dia de vida até a vida adulta, sendo eles:

- ✓ Condições de bebê: anormalidades congênitas que não foram identificadas no período pré-natal; peso e altura abaixo do normal; desidratação e subnutrição.
- ✓ Distúrbios degenerativos; lesão cerebral traumática; má nutrição.
- ✓ Condições sociais: abandono e maus tratos; redução de interações positivas da mãe com a criança na primeira infância.

TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO

Para iniciarmos discussões sobre os **Transtornos da Comunicação**, destacamos o DSM-5, o qual define este Transtorno como déficits na linguagem, na fala e na comunicação (APA, 2014).

- **Fala** é a produção expressiva de sons e inclui a articulação, a fluência, a voz e a qualidade da ressonância de um indivíduo (APA, 2014).
- **Linguagem** apresenta a função e o uso de um sistema convencional de símbolos (palavras faladas, linguagem de sinais, palavras escritas, figuras), com um conjunto de regras para a comunicação (APA, 2014).
- **Comunicação** inclui todo comportamento verbal e não verbal (intencional ou não) que influencia o comportamento, as ideias ou as atitudes de outro indivíduo (APA, 2014).



Neste contexto O DSM-5 ainda destaca que o Transtorno da Comunicação é composto por quatro específicos transtornos, sendo eles:

- ✓ Transtorno da linguagem;
- ✓ Transtorno da fala;
- ✓ Transtorno da comunicação social – pragmática;
- ✓ Transtorno da fluência com início na infância (gagueira).

Segundo o DSM-V, o **Transtorno da linguagem**, o **Transtorno da fala** e o **Transtorno da comunicação social** caracterizam-se por déficits no desenvolvimento e no uso da linguagem, da fala e da comunicação social, respectivamente (APA, 2014).

Assim, podemos destacar que são critérios diagnósticos do **Transtorno da Linguagem** as dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades (falada, escrita, linguagem de sinais, etc.) devido a déficits na compreensão ou na produção, incluindo:

- ✓ Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras).
- ✓ Estrutura limitada de frases (capacidade de unir palavras e terminações de palavras de modo a formar frases, com base nas regras gramaticais e morfológicas).
- ✓ Prejuízos no discurso (capacidade de usar vocabulário e unir frases para explicar ou descrever um tópico ou uma série de eventos, ou ter uma conversa) (APA, 2014).

O **transtorno da linguagem** costuma afetar vocabulário e gramática, e esses efeitos passam a limitar a capacidade para o discurso. As primeiras palavras e expressões do indivíduo possivelmente surgem com atraso; o tamanho do vocabulário é menor e menos variado do que o esperado, e as frases são mais curtas e menos complexas, com erros gramaticais, em especial as que descrevem o passado (APA, 2014).

Ressalta-se ainda que, essas dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outro prejuízo sensorial, a disfunção motora ou a outra condição médica ou neurológica, não sendo mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento (APA, 2014).

Sobre o **Transtorno da Fala** podemos inferir que este apresenta uma dificuldade persistente para produção da fala que interfere na inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal de mensagens, causando limitações na comunicação as quais interferem na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional.



O **Transtorno da comunicação Social (pragmática)** envolve dificuldades persistentes no uso social da comunicação verbal e não verbal, manifestando em:

- ✓ Déficits no uso da comunicação com fins sociais, como em saudações e compartilhamento de informações, de forma adequada ao contexto social;
- ✓ Dificuldades de seguir regras para conversar e contar histórias, tais como aguardar a vez, reconstituir o que foi dito quando não entendido e saber como usar sinais verbais e não verbais para regular a interação;

Os déficits supracitados resultam em limitações funcionais na comunicação, na participação social, nas relações sociais, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional (APA, 2014).

O **Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)** inicia-se na infância, sendo caracterizado por perturbações da fluência normal e da produção motora da fala, incluindo sons ou sílabas repetidas, prolongamento de sons de consoantes ou vogais, interrupção de palavras, bloqueio ou palavras pronunciadas com tensão física excessiva, ocasionando:

- ✓ Repetições de som e sílabas;
- ✓ Prolongamentos sonoros das consoantes e das vogais;
- ✓ Repetições de palavras monossilábicas (ex., “Eu-eu-eu-eu vejo”).

A perturbação da fluência normal e da produção motora da fala causa ansiedade em relação à fala ou limitações na comunicação, na participação social ou no desempenho acadêmico ou profissional (APA, 2014).

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Antes de adentrarmos nas especificidades de fato do Transtorno do Espectro Autista – TEA, vamos entender melhor sobre, com a lei 12.764 de dezembro de 2012. A lei versa que,

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:



I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Entre os Transtornos Mentais que compõem o Transtorno do Espectro Autista (TEA), apresenta-se o **Transtorno Autista (TA)**, a **Síndrome de Asperger (AS)** e o **Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (TGDSOE)** (APA, 2014).

O DSM-5 ressalta que os sintomas desses transtornos representam um **continuum** único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos (APA, 2014).

Até o início do ano de 2013, os manuais em que os profissionais se baseavam para diagnosticar eram o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como já mencionado anteriormente. Esses manuais de classificação utilizam os termos Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), respectivamente. A versão do DSM-IV, apresenta cinco tipos clínicos na categoria TID: “transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação” (BRITO, 2017, p.11), como podemos visualizar na figura X.

Atualmente o DSM- 5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013) descreve tais casos como **Transtorno do Espectro Autista** e não há mais subcategorias como Transtorno de Asperger, Transtorno Autista, entre outros; todos agora são tratados como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Já o Transtorno de Rett e o Transtorno Desintegrativo da Infância não fazem parte desse espectro (BRITO, 2011). Assim a nova versão do DSM-5, reuniu todos os transtornos em um só diagnóstico: o TEA.



A partir do DSM-5 e da junção dos transtornos em um só diagnóstico, este, passou a constar na nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-11, lançada no dia 18 de junho de 2018 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta classificação será apresentada no quadro 4.

QUADRO 6 - AUTISMO NA CID10 E CID 11

Autismo na CID-10	Autismo na CID-11
F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (TGD) F84.0 – Autismo infantil; F84.1 – Autismo atípico; F84.2 Síndrome de Rett; F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância; F84.4 – Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; F84.5 – Síndrome de Asperger; F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento; F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.	6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada; 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem; 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional; 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado; 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

FONTE: Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em dez, 2021.

A partir da compreensão de que o **Transtorno Autista (TA)**, a **Síndrome de Asperger (AS)** e o **Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (TGDSOE)** fazem parte do Transtorno do Espectro Autista (TEA), o primeiro passo é começarmos a entender o que é este Transtorno.



Entendemos então que, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma nova categoria do DSM-5, a qual foi introduzida o conceito de “espectro”, para reforçar a dimensão que o envolve. Espectro (spectrum) envolve situações diferentes em níveis de gravidade que vai da mais leve à mais grave. No entanto independente do grau, estas estão relacionadas com dificuldades de comunicação e relacionamento social. (Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/tea-transtorno-do-espectro-autista-ii/>. Acesso em dez, 2021).

Ressaltamos que a introdução do conceito espectro (*spectrum*), advém da validade e da confiabilidade frente aos novos critérios para diagnóstico. Critérios estes, os quais são potencialmente mais capazes de diferenciar o TEA do desenvolvimento normal e de outros transtornos psiquiátricos (MACHADO, et al. 2015).

Esses novos critérios de diagnóstico para o TEA, assim foram reduzidos de três para dois domínios de sintomas principais, sendo eles:

- ✓ Déficits de comunicação social e interação social e;
- ✓ Comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos.

No que tange os Déficits de comunicação social e interação social, compreendemos que estes foram criados a partir da fusão entre dois domínios que compunham o DSM-IV, sendo eles, o “déficit social” e o “déficit de comunicação”. Essa fusão decorreu da compreensão de que estes dois domínios são manifestações de um único conjunto de sintomas, resultando em uma dupla contagem de sintomas (MANDY et al. 2012).

Sobre os Déficits de comunicação social e interação social, o DSM-5 em seu texto destaca alguns exemplos, sendo eles:

- Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais (APA, 2014, p.94);
- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal (APA, 2014, p.94);



- Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares (APA, 2014, p.94);

Frente aos exemplos expostos que envolvem os Déficits de comunicação social e interação social, a DSM-5 ainda destaca exemplos que envolvem o comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos, sendo eles:

- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas) (APA, 2014, p.94);
- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente) (APA, 2014, p.94);
- Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos) (APA, 2014, p.94);
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento) (APA, 2014, p.94).

Diante do evidenciado pela DSM-5, entendemos que as pessoas com TEA apresentam alterações importantes nas áreas da comunicação e interação sociais além de outros aspectos, como alterações sensoriais (ex.: hipo ou hipersensibilidade auditiva, tátil, visual), comorbidades (ex.: deficiência intelectual, síndrome do x-frágil) e peculiaridades que interferem diretamente sobre o modo como aprendem (MACHADO, et al. 2015).

Podemos destacar ainda que a pessoa com TEA apresenta alterações importantes na Interação social, sendo elas:

- ✓ Isolamento social ou comportamento social inadequado;
- ✓ Contato visual pobre;
- ✓ Ausência de resposta ao chamado (suspeita de surdez);
- ✓ Dificuldade em participar de atividades em grupo;
- ✓ Indiferença afetiva ou demonstrações inapropriadas de afeto;



- ✓ Falta de empatia social ou emocional.

As alterações na Comunicação afetam

- ✓ A habilidade verbal e não-verbal de compartilhar informações com os outros; Aqueles que adquirem habilidade verbal, tem frequentemente dificuldade em compreender sutilezas da linguagem bem como tem problemas para interpretar linguagem corporal e expressões faciais.

Os Padrões repetitivos Interesses e atividades envolvem

- ✓ Rituais na atividade da vida diária (jeito de vestir, seletividade de alimentos a ingerir, hora de dormir, apego excessivo a objetos);
- ✓ Resistência a mudança de rotina ou ambiente: recusa a ambientes novos;
- ✓ Comportamento restrito, limitado a um objeto, ou a uma atividade (ficar somente com aquele objeto)

Frente ao contexto apresentado, cabe evidenciarmos que segundo o DSM-5 a gravidade do TEA, baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento dividindo-se em três níveis conforme consta no quadro X.

QUADRO 7 - NÍVEIS DE GRAVIDADE PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

NÍVEL DE GRAVIDADE	COMUNICAÇÃO SOCIAL	COMPORTAMENTOS RESTRITOS E REPETITIVOS
Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social, verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/ dificuldade para mudar o foco ou as ações.



Nível 2 "Exigindo apoio substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 "Exigindo apoio"	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

FONTE DSM-5 (2014).

A partir dos níveis apresentados no quadro X, ressaltamos que o nível de gravidade dos sujeitos representa apenas a forma pela qual ele se apresenta em determinado momento, pois este sujeito pode ter avanços significativos por meio de terapia adequada. Assim, o diagnóstico não pretende rotular de forma negativa ou sentenciar a pessoa, ao contrário disso, ele auxilia na comunicação entre os profissionais, na busca por direitos, ajuda a nortear as intervenções e a orientar os familiares (BRITO, 2017). Observe a figura abaixo e visualize um resumo do que foi explicado até aqui, com o significado de algumas palavras muito utilizada nesse meio.



FIGURA 3 - MINIVOCABULÁRIO DO AUTISMO

MINIVOCABULÁRIO DO AUTISMO



TEA

Sigla para Transtorno do Espectro Autista

ESPECTRO

Autismo é considerado um espectro por se manifestar de inúmeras maneiras. O número de maneiras, aliás, equivale ao de autistas. Cada autista é único e apresenta o transtorno de forma específica, com diferentes intensidades, da mais severa à mais leve. Cada autista pode lidar também com diferentes comorbidades

COMORBIDADE

Condições associadas ao autismo. É muito comum que pessoas com TEA tenham déficit de linguagem, distúrbios do sono ou TDAH, por exemplo

ESTEREOTIPIA (OU STIMS)

Movimentos repetitivos realizados por pessoas com TEA como forma de extravasar sobrecargas sensoriais ou emocionais

NEUROATÍPICO/ATÍPICO

Pessoas com distúrbios de desenvolvimento neurológico, como é o caso dos autistas

NEUROTÍPICO/TÍPICO

Pessoas que não possuem distúrbios de desenvolvimento neurológico

NEURODIVERSIDADE

Conceito que se refere a todas as diferentes composições cerebrais humanas. Típicos e atípicos são todos neurodiversos

CAPACITISMO

Preconceito contra pessoas com deficiência, grupo ao qual pertencem as pessoas com autismo. Quem pratica, induz ou incita discriminação contra pessoas com deficiência pode ser condenado à prisão de 1 a 3 anos, além de multa



Demodo que, torna-se pertinente lembrarmos que cada pessoa é única e precisa ter suas particularidades (idade, escolaridade, aspectos sociais, linguísticos, cognitivos, motores, familiares e sócio-culturais, grau de autismo, síndromes ou transtornos associados, etc), aspectos estes que necessitam ser levados em consideração.

Assim compreendemos que a partir da identificação de sinais, do diagnóstico estabelecido, pode-se iniciar o processo de intervenção propriamente dito. Para isso, torna-se imprescindível que cada profissional terapeuta ou professor, realizem conjuntamente com a família investigações cuidadosas sobre o adulto com TEA em seus diferentes contextos de vida (em casa, na escola e outros). Esta parceria entre os que já convivem com a pessoa com TEA e os profissionais é indispensável para compreender as necessidades de todos, especialmente da criança ou adulto com TEA (BRITO, 2017).

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (APA, 2014).

Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento (APA, 2014).

Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar, ou seja, sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento (APA, 2014). Mas atenção, a dificuldade de manter o foco e desorganização, não constitui ausência de compreensão (APA, 2014).

Algo comum em uma pessoa hiperativa é a **impulsividade** que refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (ex: atravessar uma rua sem olhar). No entanto a impulsividade algumas vezes pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação (APA, 2014).

Mediante o apresentado no DSM-5 podemos entender que a característica principal do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. Dentre estes sintomas que envolvem a **desatenção** podemos destacar:



- ✓ Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular) (APA, 2014);
- ✓ Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (APA, 2014);
- ✓ Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados) (APA, 2014).

Dentre estes sintomas que envolvem a **hiperatividade e impulsividade** podemos destacar:



- ✓ Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.) (APA, 2014);
- ✓ Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente (APA, 2014);
- ✓ Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente fala demais (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (ex. termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (ex., aguardar em uma fila) (APA, 2014);
- ✓ Frequentemente interrompe ou se intromete (ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo) (APA, 2014).

No entanto vale destacar que os sintomas supracitados devem estar presentes em mais de um ambiente (ex., em casa e na escola, no trabalho), sendo que estes se iniciam na infância e costumam persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.



TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

A descrição para os **Transtornos Específicos de Aprendizagem** é encontrada em manuais internacionais de diagnóstico, tanto no CID-10, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (1992), como no DSM-V, organizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014). Ambos os manuais reconhecem a falta de exatidão do termo “transtorno”, justificando seu emprego para evitar problemas ainda maiores, inerentes ao uso das expressões “doença” ou “enfermidade” (APA, 2014).

Os **transtornos Específicos de aprendizagem**, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) fazem parte dos Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Segundo o DSM-5, o **Transtorno Específico da Aprendizagem** é um transtorno do neurodesenvolvimento com origem biológica que é a base das anormalidades no nível cognitivo as quais são associadas com as manifestações comportamentais. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais que influenciam a capacidade do cérebro para perceber ou processar informações verbais ou não verbais com eficiência e exatidão (APA, 2014).

Uma característica essencial do **Transtorno Específico da Aprendizagem** são as dificuldades persistentes para aprender habilidades acadêmicas fundamentais. As habilidades acadêmicas fundamentais incluem:

- ✓ a leitura exata e fluente de palavras isoladas;
- ✓ a compreensão da leitura;
- ✓ a expressão escrita e ortografia;
- ✓ os cálculos aritméticos e raciocínio matemático (solução de problemas matemáticos) (APA, 2014).

No entanto o indivíduo com **Transtorno Específico da Aprendizagem pode** apresentar:

- ✓ Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las) (APA, 2014);



- ✓ Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido) (APA, 2014);
- ✓ Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (p. ex., pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes) (APA, 2014);
- ✓ Dificuldades com a expressão escrita (p. ex., comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza) (APA, 2014);
- ✓ Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações) (APA, 2014);
- ✓ Dificuldades no raciocínio (p. ex., tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos) (APA, 2014).

No entanto Ciasca (2008) destaca que os **Transtornos Específicos de Aprendizagem** estão relacionados às limitações ou incapacidades que o indivíduo geralmente apresenta nos primeiros anos escolares. Anos estes, em que se inicia a aprendizagem da leitura, escrita e raciocínio lógico-matemático. Ainda de acordo com Ciasca (2008) os transtornos são associados a uma falha na aquisição e desenvolvimento dessas habilidades, ou seja, estão associadas a várias dificuldades que envolvem a aprendizagem.

Dentre os Transtornos Específicos de Aprendizagem, o DSM-5 anuncia que há basicamente três tipos, sendo elas: as **dificuldades específicas da leitura**, as **dificuldades específicas que envolvem a matemática** e as **dificuldades específicas da expressão escrita**.

Iniciaremos pela definição das **dificuldades específicas da leitura**.



DISLEXIA

A dificuldade específica na leitura, conhecida por **Dislexia** é um distúrbio neurológico que afeta indivíduos com aspecto intelectual normal, com ausências de problemas sensoriais, inseridas a princípio em um contexto pedagógico-educacional satisfatório, porém, que não realizam adequadamente tarefas ou atividades que envolvam a leitura e a escrita (ROTTA, 2006).

Ao encontro do anunciado por Rotta (2006), Ciasca (2008) destaca que segundo a **World Federation of Neurology** a dislexia compreende “a dificuldade de aprendizagem de leitura, independente de instrução convencional e outros fatores citados, mas depende de dificuldades cognitivas, que são de origem constitucional e funcional” (CIASCA, 2008, p. 56-57).

A Associação Internacional de Dislexia, segundo Pereira (2011) define a dislexia como uma incapacidade específica de aprendizagem, de ordem neurobiológica. Sendo caracterizada por dificuldades na fluência da leitura de palavras. Esta dificuldade resulta de uma perturbação fonológica e pode progredir desde a compreensão leitora ao impedimento do desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais (PEREIRA, 2011). A dislexia caracteriza-se por dificuldades na fluência da leitura de palavras

Segundo o DSM-5 a **Dislexia** é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras e problemas de decodificação (APA, 2014).

Assim o DSM-5 classifica como critérios diagnósticos para dislexia:

- ✓ Leitura de palavras de forma imprecisa lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las) (APA, 2014).
- ✓ Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido) (APA, 2014).

Ainda segundo Rotta (2006) a leitura da pessoa com dislexia é vagarosa, onde se lê palavra por palavra, o que dificulta a compreensão. Há também dificuldade de



transformação do que é lido em som e tal situação pode ocorrer até mesmo quando a compreensão da língua falada é normal. Assim sendo, déficits fonológicos podem ser observados como fortes indicativos de dificuldades na leitura e escrita.

A partir do anunciado sobre a dislexia, podemos destacar Rodrigues (2017), o qual evidencia a dislexia como uma das dificuldades específicas de aprendizagem mais frequente. Esta dificuldade específica ocasiona o fracasso escolar, pois afeta a capacidade para ler palavras (com precisão e com fluência) e para escrever (corretamente do ponto de vista da ortografia).

DISORTOGRAFIA

Pereira (2011) define a disortografia como uma dificuldade de aprendizagem específica que afeta as habilidades da escrita. Ainda segundo Pereira (2011) a disortografia se traduz por dificuldades persistentes na capacidade de compor textos escritos.

Assim compreendemos que as dificuldades com disortografia centram-se na organização, estruturação e composição de textos escritos. A construção da frase é geralmente curta, onde observa-se a presença de múltiplos erros ortográficos e (por vezes) má qualidade gráfica (RODRIGUES, 2017).

Corroborando com Pereira (2011), Coelho (2014) anuncia que o indivíduo com disortografia demonstra, na sua grande maioria, pouca vontade para escrever e os seus textos são pequenos, desorganizados e utilizam os sinais de pontuação de forma incorreta.

DISGRAFIA

Segundo Rodrigues (2017) a Disgrafia é uma dificuldade específica que afeta a caligrafia, nomeadamente a legibilidade e a velocidade de escrita. Assim, ela pode ser definida como uma dificuldade intrínseca e permanente.

Rodrigues (2017) considera que o indivíduo com disgrafia apresenta dificuldades na caligrafia, apresentando erros que prejudicam a qualidade (forma, tamanho, etc.), a velocidade ou comodidade (postura, pegar, etc.) da escrita manual.

De acordo com Lopes (2010) existem diferentes tipos de disgrafias, a qual abarca desde a letra mal escrita, mas inteligível até os que cometem erros e borrões quase sem



possibilidade de leitura, todavia os indivíduos que as escrevem são normalmente capazes de ler o que escreveram.

Neste contexto, vale destacarmos que a disgrafia também é conhecida como “letra feia” devido à dificuldade de memorização da grafia correta das letras; a escrita é lenta, visto que a dificuldade de recordar o correto faz com que o indivíduo produza uma aglutinação inadequada das letras o que acarreta a escrita ilegível (LOPES, 2010).

Segundo Correia (2014), a “National Center for Learning Disabilities” (NCLD), anuncia que a disgrafia baseia-se nos problemas que podem estar relacionados com a forma das letras, espaço entre as palavras, pressão do traço, com a soletração e com a produção de textos escritos.

DISCALCULIA

A Dificuldade de Aprendizagem Específica da matemática, conhecida como **Discalculia** é um comprometimento na aprendizagem da matemática que impede o indivíduo de atingir o nível de proficiência ou domínio cognitivo adequado nesta área, considerando-se a inteligência normal, oportunidade escolar, estabilidade emocional e motivação necessária (CIASCA, 2008).

Compreendemos que na Discalculia, a dificuldade com a matemática não é vinculada a não habilidade para a contagem, mas com a capacidade de o indivíduo aplicar os conhecimentos matemáticos à vida prática. Há um déficit na habilidade de realização de cálculos básicos que envolvem a resolução de exercícios aritméticos de soma e subtração (ANDRADE, 2010).

Segundo o DSM- 5 a **Discalculia** é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informações numéricas, aprendizagem de fatos aritméticos e realização de cálculos precisos ou fluentes.

Assim o DSM-5 caracteriza o Transtorno da matemática por:

- ✓ Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações)(APA, 2014).



- ✓ Dificuldades no raciocínio (p. ex., tem dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos) (APA, 2014).

Segundo o DSM-5 o Transtorno ou dificuldade específica da matemática é encontrado em combinação com o Transtorno da Leitura e o Transtorno da Expressão Escrita.

Em consonância com o DSM-5, Rotta (2006) cita alguns sintomas encontrados com frequência na discalculia, sendo eles:

erro na formação de números, que frequentemente ficam invertidos; 2) dislexia; 3) inabilidade para efetuar somas simples; 4) inabilidade para reconhecer sinais operacionais e para usar separações lineares; 5) dificuldade para ler corretamente o valor de números com múltiplos dígitos; 6) memória pobre para fatos numéricos básicos; 7) dificuldade de transportar números para o local adequado na realização de cálculos; 8) ordenação e espaçamento inapropriado dos números em multiplicação e divisões. (ROTTA, 2006, p.202-203).

Corroborando com Rotta (2006), Ciasca (2008) destaca que a discalculia pode estar vinculada a dificuldades nos procedimentos básicos da contagem (adição e subtração) ou na compreensão do enunciado de um problema, isto é, quando as bases principais que determinam o desempenho do aluno estão vinculadas a uma dificuldade tanto operacional quanto interpretativa.

SUPERDOTAÇÃO E ALTAS HABILIDADES

A superdotação ou pessoa com altas habilidades se caracteriza por mostrar elevada potencialidade de aptidões, talentos e habilidades, evidenciada no alto desempenho em diversas áreas de atividade, principalmente durante o desenvolvimento. A respeito do atendimento de indivíduo na modalidade IES A lei 13.234/2015 no inciso IV-A mostra que, a união estados e municípios devem “estabelecer,[...] diretrizes e procedimentos para identificação, cadastramento e atendimento, na educação básica e na educação superior, de alunos com altas habilidades ou superdotação”. (BRASIL, 2015). Conceituar e caracterizar essa pessoa são tarefas bastante difíceis, pois os talentos, além de complexos, são múltiplos (Taylor, 1976).

O MEC (2006) indentifica os tipos de indivíduos com superdotação acompanhe:



- Tipo Intelectual – apresenta flexibilidade e fluência de pensamento, capacidade de pensamento abstrato para fazer associações, produção ideativa, rapidez do pensamento, compreensão e memória elevada, capacidade de resolver e lidar com problemas.
- Tipo Acadêmico – evidencia aptidão acadêmica específica, atenção, concentração; rapidez de aprendizagem, boa memória, gosto e motivação pelas disciplinas acadêmicas de seu interesse; habilidade para avaliar, sintetizar e organizar o conhecimento; capacidade de produção acadêmica.
- Tipo Criativo – relaciona-se às seguintes características: originalidade, imaginação, capacidade para resolver problemas de forma diferente e inovadora, sensibilidade para as situações ambientais, podendo reagir e produzir diferentemente e, até de modo extravagante; sentimento de desafio diante da desordem de fatos; facilidade de auto-expressão, fluência e flexibilidade.
- Tipo Social – revela capacidade de liderança e caracteriza-se por demonstrar sensibilidade interpessoal, atitude cooperativa, sociabilidade expressiva, habilidade de trato com pessoas diversas e grupos para estabelecer relações sociais, percepção acurada das situações de grupo, capacidade para resolver situações sociais complexas, alto poder de persuasão e de influência no grupo.
- Tipo Talento Especial – pode-se destacar tanto na área das artes plásticas, musicais, como dramáticas, literárias ou cênicas, evidenciando habilidades especiais para essas atividades e alto desempenho.
- Tipo Psicomotor – destaca-se por apresentar habilidade e interesse pelas atividades psicomotoras, evidenciando desempenho fora do comum em velocidade, agilidade de movimentos, força, resistência, controle e coordenação motora.(BRASIL, 2006. P. 12 e 13).

Destacamos que, todos os tipos mencionados acima podem combinar igualmente quaisquer destas características inclusive, o aparecimento de outras características e tipos. O fato é que indivíduos com superdotação/altas habilidades podem demonstrar uma capacidade de conceituação expressiva ou desempenho escolar superior ao de outros, e muitas vezes podem até passar despercebidos pelos docentes, Mas, ressaltamos que, os mesmos não devem ter um tratamento diferenciado, ou ser tratados especiais, mas sim reconhecido pelos seus esforços, e quem sabe como estratégia, os docentes podem convidá-los a auxiliar aqueles que mais dificuldades em algumas áreas, escrever artigos, dar uma palestra entre outros.



SÍNDROMES

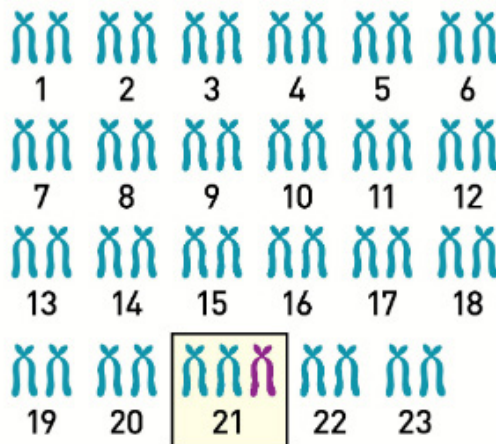
As síndromes também podem trazer muitos prejuízos para o aprendizado, mesmos aqueles com mais idade. O DSM – V, traz algumas características sobre as síndromes, que podem estar relacionadas em algumas deficiências ou transtornos, como comorbidades, ou como uma consequência funcional. “Algumas síndromes têm um fenótipo comportamental, o que se refere a comportamentos específicos, característicos de determinado transtorno genético” (APA, 2014).

A síndrome genética comumente mais conhecida na área acadêmica é a síndrome de Down.

- ✓ **SÍNDROME DE DOWN:** A síndrome de Down é uma condição genética, que foi reconhecida em 1866, pelo médico inglês, John Langdon Down. O referido médico apresentou, na época, cuidadosa descrição clínica da síndrome, entretanto, erroneamente estabeleceu associações com caracteres étnicos, seguindo a tendência da época, nomeando a condição inadequadamente de idiotia mongolóide (MOREIRA; EL-HANI, 2000).

Atualmente, a síndrome pode ser identificada como Trissomia do Cromossomo 21, sendo as pessoas que a possuem trissômicas. Os cromossomos como já mencionado anteriormente se constituem em estruturas que encontram no núcleo de cada célula, contendo características hereditárias. Em cada célula, apresenta-se um total de 46 cromossomos, dos quais 23 são de origem paterna e 23 de origem materna (MOREIRA; EL-HANI, 2000).

FIGURA 4 - MAPEAMENTO GENÉTICO (CARIÓTIPO DA SÍNDROME DE DOWN)



FONTE: <https://www.movimentodown.org.br/2014/04/alteracao-que-origina-sindrome-de-nao-esta- apenas-cromossomo-21/>.



Os indivíduos com síndrome de Down não apresentam 46 cromossomos, mas sim 47. O cromossomo a mais se localiza no par 21 e por esse motivo a síndrome pode ser chamada de Trissomia do 21 (MOREIRA; EL-HANI, 2000).

Frente ao anunciado, vale destacar que referida síndrome se constitui como uma das causas mais frequentes de deficiência intelectual. Além da deficiência intelectual, Moreira e El-Hani (2000) anunciam que podem ocorrer na criança com síndrome de Down: cardiopatia congênita (40%); hipotonia (100%); problemas de audição (50 a 70%); de visão (15 a 50%); alterações na coluna cervical (1 a 10%); distúrbios da tireoide (15%); problemas neurológicos (5 a 10%); obesidade e envelhecimento precoce.

A pessoa com síndrome de Down também apresenta características observáveis, que são:

- Olhos com pálpebras estreitas e levemente oblíquas, com prega de pele no canto interno;
 - Íris com pequenas manchas brancas;
 - Cabeça com parte posterior achatada;
 - Boca pequena, a qual se mantém muitas vezes aberta, com a língua projetando-se para fora;
 - Mãos curtas e largas, muitas vezes com uma única linha transversal na palma das mãos;
 - Musculatura de maneira geral flácida (hipotonia muscular).
 - Orelhas geralmente pequenas e de implantação baixa.
 - Dedos dos pés comumente curtos, havendo espaço entre o dedão e o segundo dedo.
 - Pés achatados (BRASIL, 2013).
- ✓ **SÍNDROME DE RETT:** A síndrome de Rett (SR) é considerada uma doença de ordem neurológica de caráter progressivo, a qual acomete crianças de ambos os sexos, principalmente crianças do sexo feminino. A síndrome apresenta-se associada a mutações no gene MECP2 localizado no cromossomo X. (QUEIROZ; BARROS, 2014).

Os bebês com a síndrome desenvolvem-se normalmente nos primeiros meses de vida, no entanto, após o 6º mês, surgem os primeiros sintomas. Com o passar do tempo, as crianças passam a desenvolver problemas relacionados ao movimento, à coordenação e à comunicação (QUEIROZ; BARROS, 2014).



Os autores ainda destacam que a síndrome foi evidenciada pelo Dr. Reet, em 1966, que relatou, nessa época, casos de 130 meninas com a síndrome. Queiroz e Barros (2014) demonstraram em seus estudos que a síndrome acomete cerca de 10.000 a 15.000 meninas, nas quais se tornou mais frequente a deficiência intelectual.

Queiroz e Barros (2014) ainda acrescentam que, além da deficiência intelectual, a síndrome apresenta outros sinais, sendo eles: epilepsia; regressão das habilidades sociais, cognitivas; estereotípias, caracterizadas pela perda de uso funcional das mãos, passando a realizar movimentos de torcer com entrelaçamento de dedos e mão na boca, tornando-se incapaz de utilizar voluntariamente as mãos.

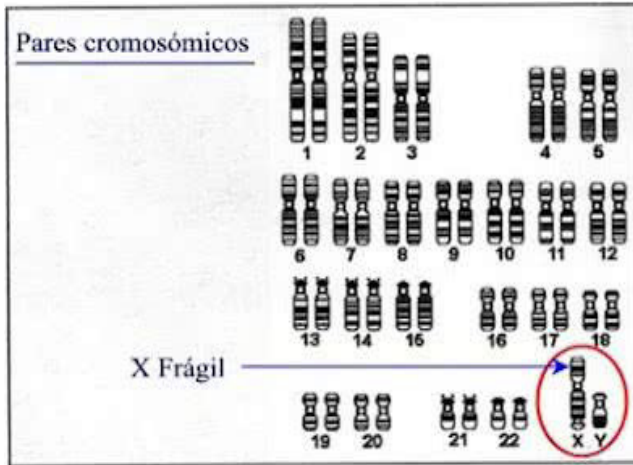
✓ **SÍNDROME DO X-FRÁGIL:** A síndrome do X frágil é considerada a responsável pela maioria das causas de deficiência intelectual. A expressão “X-Frágil” deve-se a uma anomalia causada por um gene defeituoso localizado no cromossomo X, o qual, por sua vez, passa a apresentar uma falha. Essa falha ou a “fragilidade do X” causa um conjunto de sintomas clínicos (ANRAIN et al., 2013).

Sendo esta síndrome ligada a alterações no cromossomo X, ela acomete ambos os sexos, apresentando menos incidência em sujeitos do sexo feminino. No entanto, cabe destacar que a mãe da criança com síndrome do X frágil obrigatoriamente apresenta a mutação (ANRAIN et al., 2013).

Como já mencionado, o sexo masculino apresenta maior incidência da síndrome e maiores expressões fenotípicas, ou seja, as características observáveis tornam-se mais evidentes. Entre essas características, destacam-se: a deficiência intelectual, o estreitamento e o alongamento da face, alterações comportamentais, problemas ortopédicos, pés planos, escoliose, peito escavado, autismo, convulsões, fissura palatina, ausência congênita de dentes, entre outros (ANRAIN et al., 2013).

O diagnóstico da Síndrome do X Frágil ocorre na infância. Fase em que os pais percebem em seus filhos alterações comportamentais e atrasos no desenvolvimento. Essas alterações observáveis envolvem a dificuldade para engatinhar, o atraso na fala e no caminhar, além de dificuldades intelectuais. A partir das alterações observáveis, Anarain et al. (2013) anunciam que a alteração do cromossomo X pode ser confirmada por meio de mapeamento genético.

FIGURA 5 - MAPEAMENTO GENÉTICO (CARIÓTIPO DA SÍNDROME DO X FRÁGIL)



FONTE: <https://guiamedicobrasileiro.com.br/sindrome-x-fragil/>.

Cariótipo é o nome dado ao conjunto de **cromossomos** de uma dada espécie e apresenta forma, tamanho e número característicos.

Por fim, após todas estas considerações relativas às **"Deficiências"**, **"Transtornos"** e **"síndromes"** mais recorrentes na área acadêmica, pode-se então buscar ações e estratégias efetivas para o desenvolvimento dos trabalhos desta IES, que é o de desenvolver ações institucionais que contribuam para o atendimento a estes acadêmicos.



_3. ORIENTAÇÕES PARA TUTORES E INTÉRPRETES EDUCACIONAIS DE ACADÊMICOS COM DEFICIÊNCIA/ TRANSTORNOS/SINDROMES

As práticas pedagógicas inclusivas privilegiam a construção coletiva em sala de aula, com base nas especificidades dos acadêmicos, levando em consideração seus diferentes ritmos, estilos e interesses, assim tem-se um perfil estratégico de mediação que inclui a todos. Diante deste entendimento, NUAP, ressalta a importância do apoio dos tutores e intérpretes aos acadêmicos com deficiência e transtornos matriculados na UNIASSELVI, visando promover um ensino de qualidade, mediante alternativas pedagógicas que criem condições para acesso, participação e aprendizagem.

Nessa perspectiva, destacamos abaixo algumas orientações para tutores e intérpretes educacionais, (profissionais com especialização na área de atuação no apoio de acadêmicos) que atuam no contexto inclusivo. Discorreremos aqui sobre as deficiências e transtornos, que mais aparecem no Ensino Superior da Uniasselvi.

1- DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- O tutor e intérprete educacional podem flexibilizar a comunicação, dada a limitação do vocabulário e algumas dificuldades de linguagem expressiva e receptiva que os alunos podem apresentar. Um vocabulário acessível, e explicações objetivas previnem interpretações equivocadas e facilitam a compreensão geral e específica do acadêmico.

- Ensinar acadêmicos com DI requer “paciência” para enfrentar os desafios educacionais. A repetição de explicações é quase sempre necessária. Uma forma de tornar eficaz a repetição é aliar à instrução verbal o uso de recursos visuais.

-As atividades em sala de aula para o acadêmico com DI devem atender aos seguintes princípios: A instrução passo a passo é muito importante para o aluno com DI, assim, divida cada nova tarefa em pequenos passos, ajude-o a identificá-los e corrija através de demonstrações e exemplos.



- **Tutor**, seja nos encontros presenciais ou virtuais, planeje atividades acadêmicas em duplas ou em grupos, permitindo ao acadêmico com DI uma socialização, produzindo formação e produtividade.

- **Na construção do conhecimento, o tutor e intérprete educacional do acadêmico com DI pode possibilitar a elaboração de conceitos como?** O uso de recursos audiovisuais e experiências práticas complementares, bem como a criação de elos entre os novos conhecimentos e os previamente adquiridos, são de grande utilidade nesse contexto.

2- TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- **O uso de determinados recursos comunicativos podem facilitar o processamento da informação** e conseqüentemente a resposta e aprendizagem, como por exemplo, empregar frases objetivas e curtas. Repetir as informações mais importantes para aquele encontro.

- **Garantir ao acadêmico com TEA acesso a aprendizagem por meio de adaptações** que envolvam materiais, jogos pedagógicos, uso de imagens, fotos, vídeos de conteúdos complementares. **Tutor e intérprete educacional**, se necessário faça um resumo ao final do encontro, e envie por escrito ou via áudio (watsap, etc).

- **Identificar intolerância** aos estímulos auditivos, bem como tempo de tolerância durante aprendizado em sala de aula. Procure saber com o acadêmico, se está incomodado, com o barulho,

- **Pessoas com TEA frequentemente apresentam exagerado apego a rotinas.** Dessa forma, o tutor e o intérprete educacional podem facilitar a previsibilidade da rotina, antes dos encontros. Como? por usar preditores visuais, calendários e seqüência das atividades para aquele encontro, indicando o que vai acontecer, faça combinados.

3- DISLEXIA: ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- **O tutor e intérprete educacional podem dar informações curtas e espaçadas**, pois pessoas com Dislexia frequentemente apresentam dificuldades para assimilar informações mais longas, o que prejudica a compreensão das tarefas. A linguagem também deve ser direta e objetiva.



- **O acadêmico com Dislexia tende a lidar melhor com as partes do que com o todo**, portanto, deve ser auxiliado na construção dos conceitos. Assim, o tutor e intérprete educacional podem utilizar gráficos, vídeos, etc

- **Tutor, durante os encontros faça intervalos curtos** para discussão dos conteúdos estudados. Essa estratégia favorece o aprendizado como um todo.

- **O tutor e intérprete educacional devem verificar sempre** (e discretamente) se o acadêmico está entendendo a explicação e se suas anotações estão corretas.

- **O tutor e o intérprete educacional podem fornecer dicas, atalhos, regras e associações** para auxiliar o acadêmico a lembrar-se das informações, executar atividades e resolver problemas.

- **Como opção para atividades de aprendizado complementar** além da leitura, indicar filmes, documentários e recursos digitais. Se houver necessidade, faça um resumo ao final do encontro, de preferência envie por meio de um áudio, visto que, uma das habilidades da pessoa com dislexia é, fixar melhor o aprendizado ouvindo.

4- DEFICIÊNCIA VISUAL: ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- **Tutor e intérprete educacional procure ter conhecimento prévio do acadêmico**, (quando perdeu a visão, estratégias de estudo já construídas, instituição que o acompanha, se possui memória visual, se necessita de material ampliado, se trabalha com softwares leitores de tela etc.);

- Na **exibição de recursos visuais**, o tutor e intérprete educacional podem ser leitores. Como dica, se concentre em ler os conteúdos principais, que acha mais relevantes para aquele encontro. Nos encontros presenciais, tudo que for **escrito no quadro, também devem** ser lidos em voz alta. Nos encontros virtuais, fale devagar e com objetividade.

- **Compreendam que o excesso de ruídos na sala pode provocar incômodo** ao acadêmico cego/baixa visão, pois o mesmo se utiliza muito da via auditiva para a apreensão do contexto.

- A Uniasselvi oferece **avaliações ampliadas** para alunos com baixa visão, neste caso o acadêmico precisa ser orientado com antecedência quais os passos a seguir. Esse manual, descreve todos estes passos.



- **Tutor** certifique-se que os **textos e demais leituras** como o livro de estudos, foi enviado para o acadêmico, já convertido em TXT.

- **Tutor e intérprete educacional**, visto que, as páginas das trilhas interativas são navegáveis pelo teclado e compatíveis com leitores de tela, oriente para que o acadêmico faça uso do recurso do leitor de tela, (NDVA/DOSVOX.), disponibilizado pela Uniasselvi.

- **Nos encontros com disciplinas de aulas práticas, se possível utilize a descrição do experimento realizado.** Quando possível, possibilite a exploração tátil-olfativa do material utilizado. Faça bom uso dos laboratórios virtuais, quando contemplado em disciplinas do curso.

- **Tutor sempre que for possível, antes dos encontros, disponibilize ao acadêmico cego/baixa visão, materiais a serem utilizados em textos em formato digital bem como os slides e filmes** para que, através dos recursos tecnológicos, este tenha mais acessibilidade ao conteúdo trabalhado.

- **Tutor e Intérprete educacional**, posteriormente poderá fazer um resumo do encontro e enviar por áudio, aumentando as possibilidades de retenção do conhecimento para acadêmico.

5- DEFICIÊNCIA AUDITIVA/SURDO: ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- **Tutor e intérprete educacional, se o encontro for presencial** deve-se dar preferência para que o acadêmico sente na primeira fileira. Caso o **encontro seja virtual** cabe ao tutor disponibilizar quaisquer material que preparou com antecedência para o profissional Intérprete Educacional, se apropriar.

- **Tutor**, evite falar direcionando o olhar apenas para o intérprete educacional, **fale diretamente ao acadêmico**. Comunique as instruções gerais de trabalhos acadêmicos também por escrito.

- **Tutor, durante as discussões, socializações**, se necessário faça repetição de questões ou comentários feitos anteriormente. Garanta de que cada discente respeite sua vez de falar, evitando que mais de uma pessoa fale ao mesmo tempo, a fim de que o **intérprete educacional possa acompanhar e interpretar com exatidão**.



- **Tutor**, se utilizar recursos audiovisuais complementares, **certifique-se que os mesmos tenham interpretação em libras ou legendas.**

- **Tutor e intérprete educacional** se necessário posteriormente grave vídeos com explicação complementares do conteúdo em Libras e envie para o acadêmico.

- **Tutor externo surdo**, fará o encontro em Libras e **o intérprete educacional**, fará a versão voz/oratória. No caso do encontro virtual, é importante que o tutor e interprete educacional interagir pelo Chat reforçando as explicações por escrito, principalmente para aqueles acadêmicos que tem mais resíduos auditivos e conseguem ler e escrever bem na língua portuguesa.

MATERIAIS DE APOIO AOS ACADÊMICOS COM DEFICIÊNCIA, TRANSTORNOS E SÍNDROMES

Para subsidiar as ações realizadas *in loco* na Uniasselvi, compilou-se um conjunto de materiais que norteará as atividades de acadêmicos com necessidades especiais.

QUADRO 8 - MATERIAIS QUE NORTEIAM AS ATIVIDADES DE ACADÊMICOS COM DEFICIÊNCIA, TRANSTORNOS E SÍNDROMES

Tipologia da NEE	Materiais	Avaliação	Acompanhamento do Intérprete
Auditiva	-	-	X
Visual	DOSVOX e NVDA Arquivo texto Ampliação	DOSVOX e NVDA Arquivo texto Ampliação	Adaptação conforme análise de laudo.
Múltipla	-	-	X
Transtorno do Espectro Autista	-	Adaptação conforme análise de laudo	X
Transtorno do Desenvolvimento Intelectual		Adaptação conforme análise de laudo	X

FONTE: Dados institucionais.



A Instituição oferece assistividade aos acadêmicos com deficiência visual e auditiva, por meio de **softwares** e materiais adaptados, que são enviados aos polos, para facilitar o acesso, entretanto, fica a cargo do acadêmico manifestar-se sobre a melhor opção de envio.

Os programas enviados aos Polos são: programas DOSVOX e NVDA. Além destes, é realizado o envio de provas e cadernos de estudo ampliados.

- Programa DOSVOX

O sistema de computação DOSVOX visa atender a pessoas com cegueira por meio de sintetizador de voz. Através desta ferramenta é possível desempenhar atividades variadas, fazendo com que as pessoas exerçam maior independência em suas atividades, seja no estudo ou no trabalho.

O programa permite a interação com o usuário através de conversa em Português oferecendo facilidades que um usuário vidente tem, como editor e leitor de texto e programas para acesso à internet (DOSVOX, 2014).

Os textos utilizados nas disciplinas e as avaliações dessas, para acadêmicos com cegueira, são enviadas no formato .txt a fim de permitir a leitura pelo programa DOSVOX, assim como a ampliação da fonte do texto, nas provas, para acadêmicos que apresentam baixa visão.

Com o objetivo de subsidiar os atores pedagógicos nos polos, que realizam a orientação de acadêmicos com cegueira, elaborou-se o passo a passo que contempla a utilização dos arquivos DOSVOX e arquivo texto, que fazem parte do material de apoio.

- Programa NVDA

O leitor de telas NVDA, sigla em Inglês para "Acesso Não Visual ao Ambiente de Trabalho" é um programa que também permite a leitura de materiais em arquivo texto. É gratuito e permite que através de voz sintética, usuários cegos ou com deficiência visual possam acessar e interagir com o sistema operacional Windows e vários outros aplicativos. Para saber mais acesse <www.nvda-project.org/snapshots>. Sugere-se sempre instalar uma versão mais recente, porque este leitor, geralmente, é mais estável e possui mais recursos que as anteriores. Por isso, fica a opção para que o acadêmico possa escolher qual o melhor recurso de tecnologia assistida que ele precisará.



- Provas e cadernos de estudo

Entendemos que alguns acadêmicos público lavo da educação especial podem não conseguir atingir os objetivos, os conteúdos curriculares propostos no projeto pedagógico do curso, situação decorrente das dificuldades apresentadas por cada situação de deficiência ou de transtorno. Assim percebe-se a importância de realizar adequações significativas no projeto pedagógico dos cursos para o atendimento dos acadêmicos e indicar conteúdos curriculares de caráter mais funcional e prático, levando em conta as características individuais.

Assim, os critérios de avaliação para responder às especificidades de cada acadêmico priorizam as deficiências, dificuldades ou transtornos do acadêmico inserido, porém, essa priorização não implica abandonar os objetivos definidos pela instituição, mas acrescentar outros, concernentes com as peculiaridades de cada acadêmico. Portanto, os critérios avaliativos quanto à promoção do acadêmico devem seguir os mesmos já instituídos pela instituição de ensino para todos os demais ou, quando necessário, adotar adequações, considerando os conteúdos básicos e fundamentais para a sua atuação ao final do curso. Desta forma, os critérios avaliativos da Instituição devem observar os seguintes aspectos frente às especificidades do acadêmico:

QUADRO 9 - CRITÉRIOS AVALIATIVOS DA INSTITUIÇÃO

<ul style="list-style-type: none">Os aspectos do DESENVOLVIMENTO:	<ul style="list-style-type: none">BiológicoIntelectualMotorEmocionalSocialComunicaçãoLinguagem.
<ul style="list-style-type: none">O nível de COMPETÊNCIA CURRICULAR:	<ul style="list-style-type: none">Capacidade do acadêmico em relação aos conteúdos curriculares anteriores e a serem desenvolvidos.
<ul style="list-style-type: none">O estilo de APRENDIZAGEM:	<ul style="list-style-type: none">Motivação.Capacidade de atenção.Interesses acadêmicos.Estratégias próprias de aprendizagem.Tipos preferenciais de agrupamentos que facilitam a aprendizagem.Condições físico-ambientais mais favoráveis para aprender.

FONTE: Adaptado de Brasil (2003)



Tutor e intérprete educacional cabe destacar que, seja nos **encontros presenciais ou virtuais**, estas são algumas sugestões de estratégias, considerando que cada contexto é diferente, e a inclusão não apresenta “receitas prontas” para serem trabalhadas com os acadêmicos com deficiência e transtornos. Ela pressupõe que o tutor e o intérprete educacional trabalhem em parceria, nas diferenças pedagógicas e habilidades e potencialidades dos acadêmicos, a fim de propiciar oportunidades de aprendizagens, utilizando-se de recursos, estratégias e materiais que viabilizem o processo de construção do conhecimento.

Considerando que cada acadêmico é único, podem surgir, outras deficiências e transtornos não descritos aqui. Assim em caso de dúvidas entre em contato conosco pelas ferramentas de comunicação - mensagem (AVA), e-mail, atendimento (protocolo), omnichat (047 33016100) – logo lhe atenderemos. ou pelo canal de requerimento - Núcleo de Apoio Psicopedagógico – NUAP. A nossa equipe multidisciplinar estará pronta para lhe auxiliar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRY. trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.]. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno - DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GABURRI, Fernando. Visão Monocular. **Direito UNIFACS-Debate Virtual**, n. 140, 2012. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/1934/1470>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB 5.692, de 11 de agosto de 1971.

BRASIL. Lei n. 9.424, de 24 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, § 7º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 26 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Estratégias para a educação de acadêmicos com necessidades educacionais especiais**. Brasília: MEC, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducuespecial.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. UNESCO, Jomtiem/Tailândia, 1990.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: UNESCO, 1994.



BRASIL. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. **Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.** Guatemala: 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto nº5.296, de 2 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil.** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto nº3.298, de 20 de dezembro de 1999.

BRASIL. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. **Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.** Guatemala: 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.** Brasília: MEC/SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto Nº5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos.** CNE/CP8/2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/pdf/ParecerhomologadoDiretrizesNacionaisEDH.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 6949/09. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 8 dez. 2014.

BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília: 2008. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 1º dez. 2014.



BRASIL, Decreto federal nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 – DOU de 3/12/2004.
BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Estratégias** para a educação de acadêmicos com necessidades educacionais especiais. Brasília: MEC, 2003.

DAMASCENO, L. L.; GALVAO FILHO, T.; RODRIGUES, L. M. B. C.; HONG, F. T. **Tecnologia assistiva nas escolas**: recursos básicos de acessibilidade sociodigital para pessoas com deficiência. Cartilha, ITS Brasil e Microsoft Educação. 2008.

DOSVOX, Projeto, Núcleo de Computação Eletrônica da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.nce.ufrj.br/pesquisa/projetos.asp>>. Acesso em: nov. 2014.

FLEITH, Denise de Souza (Org.). **A construção de práticas educacionais para alunos com altas habilidades/superdotação**: volume 1: orientação a professores/ organização: Denise de Souza Fleith. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2007.

GIL, Marta (Org.). **Deficiência visual** – MEC. Secretaria de Educação a Distância, Brasília: 2000.

GILLBERG, C.; **Palestra ministrada na AMA - Associação dos Amigos do Autista**. São Paulo, 10 de outubro de 2005. Disponível em: Acesso em 12 de dezembro de 2005.

LORD, C.; RISI, S. Diagnosis of autism spectrum disorders in young children. In: A. Wetherby & B. Prizant(Eds.), Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective p. 167–190. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2000.

MARTINEZ, M. A. Função auditiva e paralisia cerebral. In: LIMONGI, S. **Paralisia cerebral**: processo terapêutico em linguagem e cognição: pontos de vista e abrangência. Carapicuíba (SP), Pró-Fono, 2000.

NVDA, Manual – **Leitor de tela**. Disponível em: <<http://acessibilidadelegal.com/33-manual-nvda.php>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

SÁ, Marcelo Torreão. **Enxergando o mundo com outros olhos**: alfabetizando crianças cegas através do ensino de noções espaciais geográficas. Salvador, 2007.

UNIASSELVI. **Cria o Núcleo de Apoio Psicopedagógico-NUAP**. Resolução 021-A/2012.2012.



UNIASSELVI

Construa sua própria história.