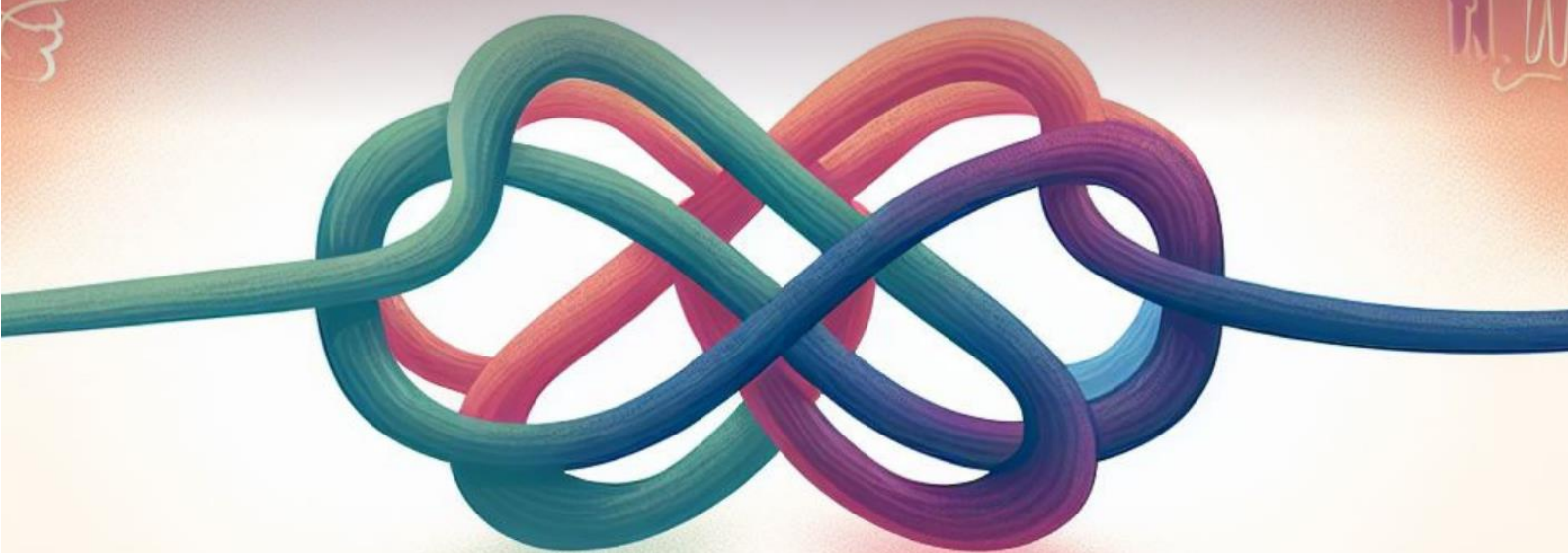


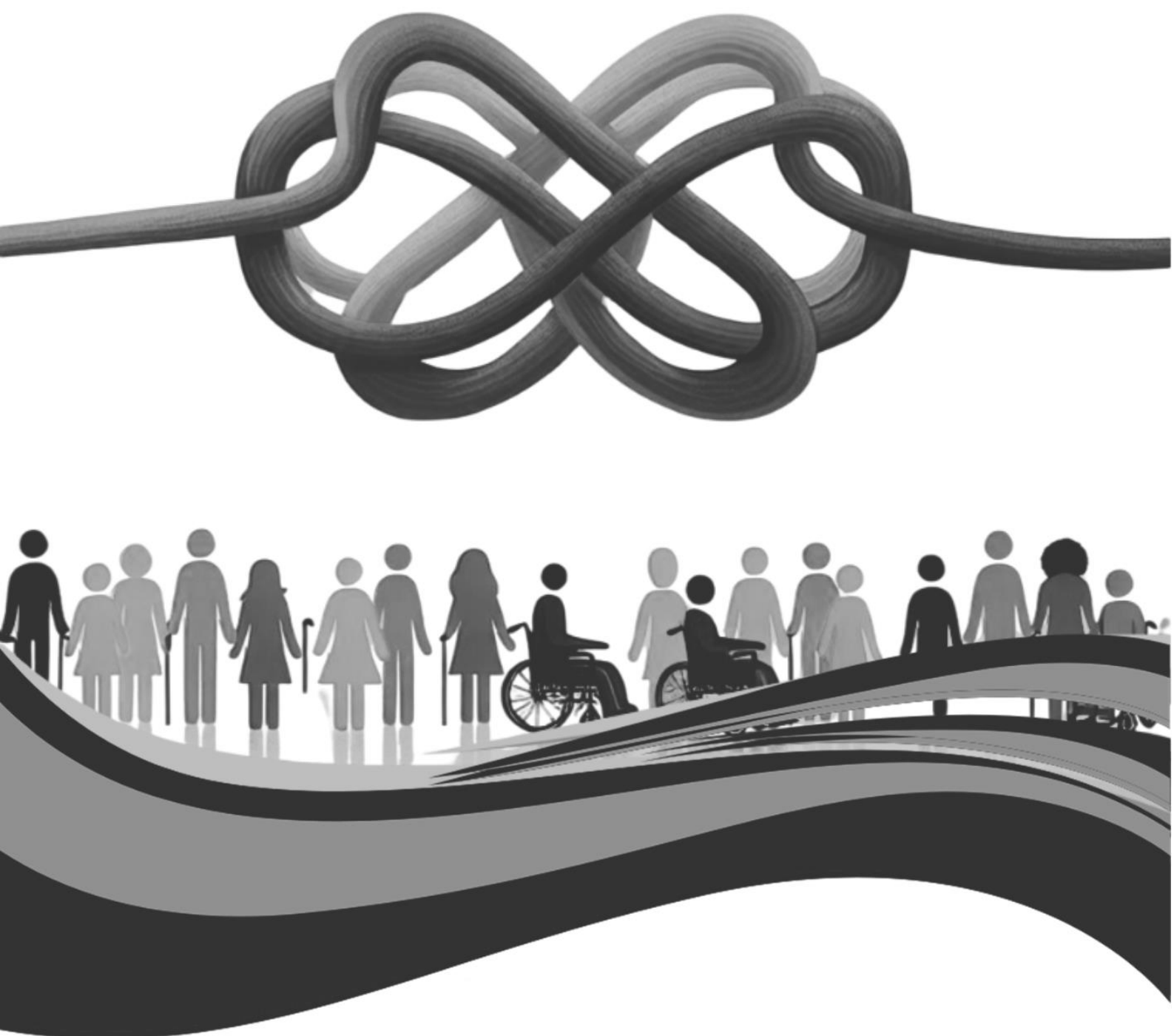
Elisa F. S. Alcantara
Organizadora



Fios e Desafios da Inclusão:

Um Guia Prático para o Ensino Superior

 **editora**



Fios e Desafios da Inclusão:

Um Guia Prático para o Ensino Superior

ditora

© 2025 FERP

Todos os direitos desta edição reservados à Editora FERP

Disponível também em: <http://www.ugb.edu.br>

FICHA TÉCNICA

Organizadora

Elisa Ferreira Silva de Alcantara

Projeto Gráfico e Capa

Daniel Valim Berriel da Cruz

Revisão

Elisa Ferreira Silva de Alcantara

Comissão Técnica

Gabriela Leite Ferreira

CENTRO UNIVERSITÁRIO GERALDO DI BIASE (UGB)

Reitor

Dr. Francisco José Barcellos Sampaio

Pró-Reitora de Assuntos Acadêmicos

Elisa Ferreira Silva de Alcantara

Pró-Reitor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Dr. Francisco José Barcellos Sampaio

Pró-Reitor Administrativo

Dr. Paulo Rogério Di Biase

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F521 Fios e desafios da inclusão: um guia prático para o ensino superior / Elisa F. S. Alcantara: Organizadora. -- Volta Redonda, RJ: FERP, 2025.
241p. : il.

ISBN: 978-65-89356-09-7

1. Educação especial – Ensino Superior. 2. Pessoas com deficiência -- Ensino Superior. 3. Estratégias de aprendizagem -
- Inclusão. I. Título.

CDD 371.9098151

**Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Gabriela Leite Ferreira -- CRB 7/RJ – 5521**

Organizadora



Elisa Alcantara

Autores



Adilson
Bastos



Adriana
Ernesto



Andrea
Oliveira



Conceição
Panizzi



Elizabeth
Soares



Guilherme
Raymundo



Igor
Viana



Luiza
Angélica



Marcos
Guimarães



Natália
Alcantara



Natasha
Logsdon



Nayara
Alcantara



Priscila
Félix



Rodrigo
Peixoto



Victor
Tebaldi



Vitor
Mesquita



Wagner
Copola

Sumário

Deficiências Físicas

DEFICIÊNCIAS MOTORAS	34
-----------------------------------	-----------

Marcos Guimarães de Souza Cunha

AMPUTAÇÕES	39
-------------------------	-----------

Natasha Teixeira Logsdon

ESCLEROSE MÚLTIPLA	47
---------------------------------	-----------

Guilherme Raymundo Costa

PARALISIA CEREBRAL	55
---------------------------------	-----------

Rodrigo Peixoto dos Santos

Deficiências Sensoriais

SURDEZ	60
---------------------	-----------

Andrea Oliveira de Almeida

DEFICIÊNCIA VISUAL	67
---------------------------------	-----------

Ygor Máximo Viana

SURDOCEGUEIRA	73
----------------------------	-----------

Luiza Angélica Paschoeto Guimarães

Transtornos do Neurodesenvolvimento

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA	83
---	-----------

Guilherme Raymundo Costa

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH	94
---	-----------

Natália Silva de Alcantara

**TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA LEITURA -
DISLEXIA 102**

Priscila da Costa Felix Teixeira

**TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA HABILIDADE DE
ESCREVER - DISGRAFIA 110**

Elisa Ferreira Silva de Alcantara

**TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA EXPRESSÃO
ESCRITA - DISORTOGRAFIA 116**

Elisa Ferreira Silva de Alcantara

**TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA MATEMÁTICA -
DISCALCULIA 122**

Conceição Aparecida F. Lima Panizzi

SÍNDROME DE DOWN 133

Wagner Nery Copola

SUPER DOTAÇÃO - ALTAS HABILIDADES 141

Adriana Silva Arantes Ernesto

TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL 147

Nayara Silva de Alcantara Martins

TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO: FALA E FLUÊNCIA - GAGUEIRA 159

Priscila da Costa Félix Teixeira

Transtornos Psicológicos

TRANSTORNO DE ANSIEDADE 169

Elizabeth Nair Duarte S. Soares

Vitor Siqueira de Moraes Mesquita

TRANSTORNO DO PÂNICO 177

Adilson Dias Bastos

TRANSTORNO DEPRESSIVO 181

Victor Maximiliano Reis Tebaldi

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO 186

Victor Maximiliano Reis Tebaldi

Apresentação

A inclusão no ensino superior pode ser comparada à arte de tecer uma grande tapeçaria. Cada fio – seja um estudante, professor, colaborador ou política institucional – tem sua importância única, contribuindo para a formação de um tecido vibrante e resistente. Mas, como em qualquer tecelagem, surgem desafios: fios que se entrelaçam de forma inesperada, nós que precisam ser desfeitos e lacunas que pedem preenchimento.

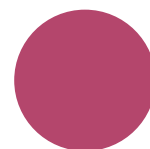
Este livro é um convite para que todos os envolvidos no universo acadêmico aprendam a lidar com os fios da diversidade, transformando desafios em oportunidades. Com uma abordagem prática, ele oferece orientações e estratégias concretas para criar um ambiente verdadeiramente inclusivo, onde cada “fio” possa revelar seu potencial, afinal a inclusão é mais do que uma prática; é um compromisso ético e humano que enriquece nossas vidas e transforma a sociedade.

Repleto de reflexões e estratégias aplicáveis, "Fios e Desafios da Inclusão" tece um caminho para que instituições de ensino superior não apenas acolham a diversidade, mas a valorizem como elemento essencial para a construção de um futuro mais justo e igualitário. Afinal, uma tapeçaria só alcança sua beleza plena quando todos os fios, em sua singularidade, se unem em harmonia.

Que este livro inspire ações, mude percepções e fortaleça o compromisso de cada docente com um mundo mais justo, onde ninguém fique à margem e onde todos os fios, com suas diversas características, possam compor o cenário colorido e alegre desta grande tapeçaria que é a vida.

Boa leitura!

Elisa Ferreira Silva de Alcantara
Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana
Organizadora e Pró-Reitora de Assuntos Acadêmicos do UGB/FERP





Parte I

Nós e laços invisíveis
construindo a inclusão

Breve Histórico da Inclusão no Mundo

Antiguidade

- **4000 a.C.:** Primeiros registros de apoio a pessoas com deficiência na Mesopotâmia, como o uso de próteses rudimentares.
- **Grécia Antiga (século V a.C.):** Na obra de Hipócrates, surgem relatos de compreensão sobre doenças e deficiências como condições médicas, não apenas punições divinas.
- **Império Romano (século I):** Algumas práticas romanas incluíam assistência mínima a soldados feridos, mas muitos com deficiência eram marginalizados.

Idade Média

- **Século VI:** A Igreja Católica oferece abrigo e cuidado para pessoas com deficiência em mosteiros e instituições religiosas.
- **Século XIII:** Tomás de Aquino defende que todas as pessoas têm valor intrínseco, influenciando visões mais compassivas sobre a deficiência.
- **Século XV:** Instituições especializadas, como o Hospital dos Inocentes em Florença, são criadas para atender pessoas com condições específicas.

Idade Moderna

- **Século XVI:** Juan Pablo Bonet publica o primeiro manual para educação de pessoas surdas na Espanha.
- **Século XVIII:** Jean-Marc Gaspard Itard desenvolve métodos pedagógicos para ensinar crianças com deficiências cognitivas e sensoriais, incluindo o famoso “Menino Selvagem de Aveyron”.
- **1791:** Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão na França afirma que todos são iguais perante a lei, influenciando futuros movimentos de inclusão.

Século XIX

- **1804:** Louis Braille nasce e, anos depois, cria o sistema Braille, revolucionando a educação para pessoas cegas.
- **1848:** Primeira escola pública para crianças com deficiência mental é fundada em Massachusetts, EUA.
- **1899:** Helen Keller, uma das primeiras pessoas surdocegas a se formar na universidade, torna-se símbolo global de inclusão.

Século XX

- **1948:** Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU estabelece que todos têm direito à dignidade e igualdade, independentemente de condições físicas ou mentais.
- **1975:** Lei da Educação para Todos os Portadores de Deficiência (EUA) garante educação pública para crianças com deficiência.
- **1981:** ONU declara o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, destacando a importância da inclusão global.
- **1990:** Promulgação do Americans with Disabilities Act (ADA), é uma lei federal dos Estados Unidos que proíbe a discriminação de pessoas com deficiência. A lei foi sancionada em 1990 pelo presidente George HW Bush e se tornou um marco na inclusão de pessoas com deficiência nos EUA.
- **1994:** Declaração de Salamanca reafirma o direito de todas as crianças à educação inclusiva.

- **2006:** Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é adotada, promovendo a inclusão e acessibilidade global.
- **2015:** Agenda 2030 da ONU inclui o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 4, que reforça a necessidade de educação inclusiva e equitativa.
- **2020:** Pandemia de COVID-19 revela desigualdades na acessibilidade digital, levando a avanços na tecnologia assistiva e inclusão digital.
- **2023:** Ampliação de políticas inclusivas no esporte, trabalho e educação em vários países, com foco em tecnologia adaptativa e acessibilidade.

Breve Histórico da Inclusão no Brasil

Período Colonial e Império

- **Século XVI ao XVIII:** Poucos registros de iniciativas inclusivas; pessoas com deficiência eram, em sua maioria, marginalizadas ou relegadas ao cuidado da Igreja Católica. A deficiência era frequentemente vista como um "castigo divino" ou um "pecado" da família. Não havia assistência estatal, e o cuidado era realizado de forma informal pelas famílias ou em instituições religiosas. Algumas pessoas com deficiência, se tivessem condições de trabalhar, eram exploradas em atividades domésticas ou artesanais.
- **1854:** Fundação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant) no Rio de Janeiro, primeira instituição brasileira voltada à educação de pessoas cegas.
- **1857:** Criação do Instituto dos Surdos-Mudos (atual Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES), também no Rio de Janeiro, marcando o início da educação formal para pessoas surdas no país.
- **1889 a 1900:** O tratamento das pessoas com deficiência permaneceu limitado e vinculado a iniciativas filantrópicas e religiosas.

Século XX

- **1932:** Constituição Brasileira garante o direito à educação primária gratuita, mas ainda sem especificações sobre pessoas com deficiência.
- **1940:** Surgem as primeiras associações dedicadas a pessoas com deficiência, como a criação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), que oferecia serviços de reabilitação física. A deficiência ainda era vista como uma condição a ser "corrigida" ou tratada, e não como parte da diversidade humana.
- **1947:** Fundação da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) no Rio de Janeiro, expandindo o atendimento às pessoas com deficiência intelectual. Predominava a visão de que a deficiência era um problema individual a ser

resolvido por meio de tratamento médico ou reabilitação. As pessoas com deficiência tinham pouquíssimo acesso à educação formal e eram, na maioria das vezes, mantidas fora da escola regular.

- **1961:** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) menciona pela primeira vez a necessidade de educação especial.
- **1981:** Ano Internacional das Pessoas com Deficiência é comemorado no Brasil, com ampliação da conscientização pública.
- **1988:** Constituição Federal reconhece os direitos das pessoas com deficiência, incluindo o direito à educação, trabalho e acessibilidade. Surgem movimentos sociais e associações lutando por igualdade de direitos e acessibilidade.
- **1990:** Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos educacionais às crianças com deficiência.
- **1991:** Lei nº 8.213/1991 que dispõe sobre a Cota de Emprego para Pessoas com Deficiência em empresas com 100 ou mais empregados com um percentual de suas vagas variáveis para pessoas com deficiência:

Até 200 empregados: 2% das vagas devem ser destinadas a pessoas com deficiência.

De 201 a 500 empregados: 3% das vagas.

De 501 a 1.000 empregados: 4% das vagas.

Acima de 1.000 empregados: 5% das vagas.

- **1996:** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei 9394/96) consolidou princípios importantes para a educação inclusiva no Brasil, como: educação especial deve ser oferecida preferencialmente na rede regular de ensino (art. 58, §1º); atendimento educacional especializado deve ser disponibilizado gratuitamente, em todos os níveis de ensino, sempre que necessário (Art. 59); destaca a necessidade de formação adequada de professores para atuar na educação especial, promovendo práticas pedagógicas que atendam às necessidades individuais dos estudantes (Art. 59, Inciso III) ; permite adaptações curriculares para atender às necessidades de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, garantindo que

todos tenham acesso à educação de qualidade (Art. 59) ; enfatiza a necessidade de recursos e serviços de apoio, como materiais adaptados, intérpretes de Libras e tecnologias assistivas, para garantir a acessibilidade e o sucesso dos alunos no ambiente escolar (Art. 58, § 1º).

Século XXI

- **2000:** Lei n.º 10.098 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência.
- **2001:** Lei nº 10.216/2001, que visa promover o tratamento da pessoa com transtorno mental em ambiente comunitário, com a inclusão social e humanização do cuidado estabelecendo o fim dos sanatórios psiquiátricos. Essa legislação determinou a desativação dos manicômios e a criação de alternativas de tratamento na comunidade, como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). A lei também estabeleceu que os hospitais psiquiátricos deveriam ser gradualmente substituídos por serviços de saúde mental comunitária, com foco na reabilitação psicossocial.
- **2008:** Brasil ratifica a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com status de emenda constitucional.
- **2015:** Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência- Lei nº 13.146/2015) é sancionada, assegurando direitos fundamentais como acessibilidade, educação e inclusão no mercado de trabalho.
- **2016:** Lei n.º 13.409 garante reserva de vagas para pessoas com deficiência em instituições de ensino superior e técnico federais.
- **2000:** Lei nº 10.098/2000 – Lei da Acessibilidade que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.
- **2021:** Ampliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), facilitando o acesso de pessoas com deficiência a suporte financeiro.

- **2023:** Lei nº 14.768/2023 – Lei da Deficiência Auditiva que estabelece o valor referencial da limitação auditiva para fins de identificação da deficiência auditiva, padronizando critérios para diagnóstico e acesso a direitos.
- **2024:** Lei nº 14.951/2024 – Lei das Cores para Bengalas que dispõe sobre a coloração da bengala longa para identificação da condição de seu usuário, facilitando a comunicação e a segurança. Define cores específicas para indicar diferentes condições, como deficiência visual total, baixa visão e surdocegueira.

Concluindo...

Historicamente, o tratamento das pessoas com deficiência no Brasil passou por três fases principais:

1. **Exclusão:** Durante a Colônia e o Império, eram invisibilizadas ou tratadas como incapazes.
2. **Assistencialismo:** Nos séculos XIX e XX, as iniciativas eram baseadas em caridade e visão médica.
3. **Inclusão e direitos:** A partir da segunda metade do século XX, especialmente com a Constituição de 1988, as pessoas com deficiência começaram a ser vistas como cidadãos de direitos.

Embora muito progresso tenha sido feito, ainda há desafios na garantia de acessibilidade, equidade e combate ao preconceito

Vocabulário e Verbetes Inclusivos

A

Acessibilidade

Refere-se à prática de garantir que espaços físicos, informações, tecnologias e serviços sejam acessíveis e utilizáveis por todas as pessoas, independentemente de suas habilidades físicas, sensoriais, cognitivas ou outras características. Em outras palavras, a acessibilidade visa remover barreiras que possam impedir ou limitar a participação plena e igualitária de todas as pessoas na sociedade. Existem diferentes tipos de acessibilidade como acessibilidade física (espaços arquitetônicos, edifícios, transporte e instalações); acessibilidade digital (envolve tornar produtos digitais, como websites, aplicativos e documentos eletrônicos, acessíveis a pessoas com deficiência visual, auditiva, motora ou cognitiva); acessibilidade de comunicação (garantia de que informações e comunicações sejam apresentadas de forma clara e compreensível para todas as pessoas, independentemente de sua capacidade de linguagem, alfabetização ou compreensão); acessibilidade social (ambientes e práticas inclusivas que promovam a participação ativa e a integração de todas as pessoas na sociedade, evitando estigmas, preconceitos e exclusão social). Garantir a acessibilidade é fundamental para promover a inclusão e a igualdade de oportunidades, permitindo que todas as pessoas participem plenamente da vida em sociedade, expressem suas habilidades e contribuam para o bem-estar coletivo.

Adaptação Curricular

É uma estratégia pedagógica que tem como objetivo assegurar que todos os alunos tenham acesso ao currículo escolar de forma significativa, respeitando suas particularidades e promovendo sua inclusão. Pode ser necessário fazer adaptação do conteúdo, da avaliação, da metodologia e dos espaços escolares. O currículo pode ser ajustado para diferentes estilos de aprendizagem, ritmos de progressão e necessidades de acessibilidade dos alunos. Professores podem usar diferentes abordagens pedagógicas, como o ensino baseado em projetos, aprendizagem colaborativa, métodos visuais e

auditivos, entre outros, para garantir que todos os alunos consigam entender e se engajar no processo de aprendizagem. A sala de aula ou os ambientes de aprendizagem podem ser adaptados para acomodar diferentes necessidades, incluindo ajustes de mobiliário, uso de tecnologia e materiais pedagógicos acessíveis.

Avaliação da Aprendizagem

Acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem com vistas a um replanejamento contínuo e garantia da aprendizagem efetiva. No processo avaliativo se utiliza de diversos instrumentos como testes, trabalhos, provas, projetos entre outros. As formas de avaliação podem ser ajustadas para se adequar às habilidades e necessidades de cada aluno, permitindo que eles mostrem seu conhecimento de maneiras variadas (por exemplo, oralmente, por meio de apresentações, ou com o uso de tecnologias assistivas).

Autismo

O autismo, ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por alterações nas áreas de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos repetitivos ou interesses restritos. O termo "espectro" reflete a ampla diversidade de manifestações e níveis de suporte necessários, que podem variar de leve a severo.

B

Barreiras:

São obstáculos que podem dificultar o acesso à educação, ao mercado de trabalho, à saúde e à convivência social de uma pessoa com deficiência. Essas barreiras podem ser físicas, comunicativas, atitudinais ou estruturais e muitas vezes resultam da falta de informação, preparo ou aceitação por parte da sociedade. Identificar e superar barreiras é crucial para garantir a inclusão de todos os indivíduos, especialmente daqueles que enfrentam desafios adicionais ocasionados por uma deficiência.

C

Cultura Inclusiva

É um conjunto de práticas, valores e atitudes que promovem o respeito à diversidade e garantem a participação plena e equitativa de todas as pessoas, independentemente de suas características individuais, como deficiência, gênero, etnia, religião, orientação sexual, classe social ou idade. Trata-se de criar ambientes acolhedores e acessíveis, nos quais cada indivíduo se sinta valorizado e capaz de contribuir com suas habilidades únicas.

Comunicação Efetiva

É o processo de transmitir informações, ideias ou sentimentos de maneira clara, compreensível e relevante, garantindo que a mensagem seja entendida e, quando necessário, gere uma resposta adequada. É uma habilidade essencial para estabelecer conexões, resolver conflitos e atingir objetivos, tanto em contextos pessoais quanto profissionais.

D

Deficiência

Qualquer condição que afeta o funcionamento físico, sensorial, mental ou intelectual de uma pessoa, podendo interferir em sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os demais. No entanto, o conceito de deficiência vai além das limitações individuais, considerando as barreiras ambientais, sociais e atitudinais que limitam a inclusão e a participação. Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), da ONU, deficiência resulta da interação entre as limitações funcionais de uma pessoa e as barreiras do ambiente. Esse conceito promove uma visão que destaca a responsabilidade da sociedade em remover barreiras e criar condições de igualdade.

Direitos

São garantias legais, sociais e humanas que visam promover a igualdade de oportunidades, combater a discriminação e assegurar condições dignas de vida. Esses direitos são fundamentados em legislações nacionais e internacionais e buscam garantir a plena inclusão e participação das pessoas com deficiência em todos os aspectos da sociedade.

Diversidade

É a coexistência de características, valores, culturas, crenças e identidades diferentes em uma sociedade. Refere-se à pluralidade de aspectos que tornam cada indivíduo único, como etnia, gênero, orientação sexual, religião, idade, capacidades físicas e mentais, entre outros. Reconhecer e valorizar a diversidade é essencial para promover uma convivência harmoniosa e respeitosa, baseada na igualdade e na inclusão.

E

Educação Inclusiva

É um modelo educacional que visa garantir o acesso, a permanência e o sucesso de todos os alunos no sistema de ensino, independentemente de suas diferenças, como deficiência, etnia, gênero, origem social ou qualquer outra condição que possa gerar desigualdade. O objetivo é criar ambientes educacionais que reconheçam e respeitem as diferenças, promovendo a igualdade de oportunidades para todos.

Equidade

É o princípio de justiça que visa garantir que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades e sejam tratadas de maneira justa, levando em consideração suas necessidades, condições e contextos específicos. Ao contrário da igualdade, que pressupõe tratar todas as pessoas da mesma maneira, a equidade reconhece que indivíduos diferentes podem precisar de tratamentos diferentes para alcançar resultados semelhantes.

Estatuto da Pessoa com deficiência

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015) é uma legislação brasileira que tem como objetivo assegurar e promover a inclusão plena e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade. A lei busca garantir seus direitos, a igualdade de oportunidades e a acessibilidade, abrangendo diversas áreas como educação, saúde, trabalho, cultura, mobilidade e acessibilidade, entre outros.

Estigma

Refere-se a um atributo, característica ou marca negativa atribuída a um indivíduo ou grupo com base em uma diferença percebida que os coloca em desvantagem em relação à norma social dominante. Essas diferenças podem ser relacionadas a características físicas, de saúde mental, identidade de gênero, orientação sexual, raça, etnia, condição socioeconômica, entre outros. O estigma pode manifestar-se de várias maneiras, incluindo discriminação, preconceito, exclusão social, marginalização e tratamento desigual. Ele pode ser evidente ou sutil, mas em ambos os casos, tem um impacto significativo na vida e no bem-estar das pessoas que são estigmatizadas. A luta contra o estigma envolve a conscientização, a educação, a promoção da empatia e da compreensão, bem como a criação de políticas e práticas que promovam a inclusão, a igualdade de direitos e o respeito pela diversidade. O objetivo é criar uma sociedade mais justa e acolhedora, onde todos possam ser valorizados e respeitados independentemente de suas diferenças.

F

Flexibilidade

É a capacidade de adaptação e ajuste às mudanças ou necessidades em diferentes situações ou contextos. Ela implica em ser capaz de modificar abordagens, estratégias e processos de acordo com as circunstâncias, necessidades específicas e condições variáveis. A flexibilidade está relacionada com a resposta adaptativa, ou seja, a habilidade de lidar com imprevistos, situações desafiadoras ou novas demandas, sem comprometer

os objetivos e resultados esperados. Ela envolve o ajuste de estratégias de ensino, currículo, avaliações e recursos pedagógicos para garantir que todos os alunos, independentemente de suas habilidades, condições ou necessidades especiais, tenham as melhores oportunidades de aprendizagem.

G

Grupos minoritários

São conjuntos de pessoas que, em uma sociedade, possuem características ou condições que as colocam em uma posição numérica, social, econômica ou culturalmente inferior em relação à maioria da população. Essas minorias podem ser definidas por uma série de aspectos, como etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, entre outros. A definição de minoria não se restringe apenas ao número de pessoas dentro de um grupo, mas também à sua posição social, frequentemente caracterizada por discriminação ou marginalização. Pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla enfrentam barreiras físicas, atitudinais e sociais que dificultam seu acesso a diversas esferas da vida, como educação, trabalho, transporte e lazer.

Garantia de direitos

A garantia de direitos refere-se à proteção e à efetivação dos direitos fundamentais das pessoas, assegurando que todos, independentemente de sua origem, etnia, gênero, condição socioeconômica, deficiência, orientação sexual, religião ou qualquer outra característica, possam usufruir das liberdades e dos direitos previstos em normas jurídicas, como constituições, leis nacionais e tratados internacionais. Garantir direitos envolve não apenas reconhecer os direitos, mas também assegurar que as condições necessárias para que esses direitos sejam efetivamente exercidos estejam presentes, sendo protegidos contra violações e promovendo um ambiente onde todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades e a dignidade respeitada.

H

Humanização

É o processo de tornar as relações e os ambientes mais centrados no ser humano, priorizando o respeito à dignidade, aos direitos e às necessidades das pessoas. Em diversos contextos, como saúde, educação, trabalho, e assistência social, a humanização busca criar espaços que promovam a empatia, a escuta ativa, a acolhida e o cuidado integral, respeitando as individualidades e promovendo o bem-estar das pessoas. Em sua essência, a humanização se baseia no princípio de tratar cada pessoa com humanidade, reconhecendo suas emoções, seus direitos e sua capacidade de participar ativamente em decisões que afetam sua vida.

I

Igualdade

Refere-se ao princípio de tratar todas as pessoas de maneira justa, sem discriminação, garantindo que tenham as mesmas oportunidades e direitos, independentemente de sua origem, etnia, gênero, orientação sexual, religião, status socioeconômico, deficiência ou qualquer outra característica pessoal. A igualdade busca a eliminação de barreiras que possam impedir que indivíduos ou grupos tenham acesso a direitos e oportunidades de forma equânime. É importante destacar que a igualdade não significa tratar todas as pessoas da mesma forma, mas sim reconhecer e respeitar as diferenças individuais, proporcionando recursos e condições que permitam que todos alcancem o mesmo nível de oportunidades e resultados.

Inclusão

Inclusão é o processo de garantir que todas as pessoas, independentemente de suas características pessoais, sociais ou culturais, tenham as mesmas oportunidades de participar e ser reconhecidas em todos os aspectos da vida, como educação, trabalho, cultura, lazer e cidadania. A inclusão busca eliminar qualquer tipo de exclusão, discriminação ou marginalização, promovendo um ambiente em que as diferenças sejam respeitadas e as barreiras de acesso sejam removidas.

J

Justiça

Refere-se à distribuição equitativa de recursos, oportunidades e direitos entre todos os membros da sociedade, visando reduzir desigualdades e promover a inclusão. A justiça busca garantir que todos, especialmente os mais vulneráveis, tenham acesso a oportunidades que permitam seu desenvolvimento. Ela pode ser vista de diversas formas, mas seu principal objetivo é garantir que todos os indivíduos, independentemente de suas características pessoais, sociais, econômicas ou culturais, tenham seus direitos respeitados e possam viver com dignidade.

K

Kindness

Uma palavra inglesa que significa gentileza que é um valor essencial para a inclusão, envolvendo empatia, acolhimento e respeito ao próximo.

L

Liberdade

Refere-se à capacidade de um indivíduo agir de acordo com sua própria vontade, sem ser restringido por imposições externas injustas, desde que suas ações não prejudiquem os direitos e liberdades dos outros. A liberdade é fundamental para o funcionamento de sociedades democráticas, sendo muitas vezes considerada como um direito humano essencial.

M

Multiculturalismo

É uma abordagem sociocultural que valoriza e promove a convivência de diferentes culturas em um mesmo espaço social, político e econômico, reconhecendo a diversidade cultural como uma riqueza. Ele defende o reconhecimento, respeito e celebração das diferenças culturais, ao invés de exigir a assimilação ou homogeneização das culturas em uma sociedade. No contexto do multiculturalismo, as diversas identidades culturais, étnicas e religiosas coexistem e são valorizadas igualmente.

N

Necessidades especiais

É uma expressão utilizada para descrever as condições ou situações que exigem um apoio adicional ou diferente, devido a desafios físicos, emocionais, intelectuais, cognitivos ou de desenvolvimento. Essas necessidades podem ocorrer em diversas fases da vida e variam de acordo com as circunstâncias de cada indivíduo. O conceito de "necessidades especiais" abrange um amplo espectro de condições e deficiências, e a compreensão dessas necessidades é essencial para promover a inclusão e garantir a igualdade de oportunidades.

O

Oportunidade

A palavra "oportunidade" está diretamente relacionada ao conceito de inclusão, pois refere-se ao acesso igualitário a oportunidades, independentemente das diferenças, como no caso de pessoas com deficiência ou de grupos marginalizados. Garantir oportunidades em educação, emprego, saúde e participação social é essencial para promover a inclusão de todos.

P

Pluralidade

Pluralidade refere-se à diversidade, à coexistência de diferentes grupos, opiniões, identidades ou culturas dentro de uma sociedade. No contexto da inclusão, a pluralidade é um conceito que reconhece e valoriza as diferenças individuais, como as culturais, étnicas, sociais e de crenças, promovendo um ambiente onde todos são respeitados e têm a oportunidade de contribuir, independentemente de suas características. A pluralidade é essencial para a construção de uma sociedade inclusiva, que não só aceita, mas celebra as diferenças.

Políticas inclusivas

Políticas inclusivas são um conjunto de medidas, programas e ações desenvolvidas para promover a igualdade de oportunidades e garantir a participação plena de todos os indivíduos na sociedade, independentemente de suas características, como deficiência, raça, gênero, orientação sexual, origem étnica ou condições socioeconômicas. Essas políticas visam eliminar as barreiras físicas, sociais e culturais que possam excluir ou marginalizar certos grupos.

Preconceito

Preconceito é um julgamento ou opinião formada sem conhecimento adequado, muitas vezes baseado em estereótipos ou informações limitadas, que leva a atitudes discriminatórias em relação a pessoas ou grupos específicos. Esse julgamento negativo geralmente ocorre sem uma compreensão profunda da individualidade ou das circunstâncias do outro, e é muitas vezes enraizado em conceitos errôneos ou preconcebidos sobre características como raça, gênero, orientação sexual, etnia, religião, classe social ou deficiência.

Q

Quebra de estereótipos

A quebra de estereótipos refere-se ao processo de desafiar e dismantelar crenças simplificadas e muitas vezes equivocadas que são atribuídas a grupos de pessoas com base em características como raça, gênero, orientação sexual, etnia, classe social ou deficiência. Estereótipos são generalizações, frequentemente negativas, que não refletem a realidade da diversidade e da complexidade dos indivíduos dentro de um grupo. A quebra desses estereótipos é fundamental para promover a inclusão, a igualdade e o respeito em uma sociedade mais justa e diversa.

Qualidade de vida

É um conceito amplo que se refere ao bem-estar geral de um indivíduo ou de uma comunidade. Envolve uma combinação de fatores físicos, emocionais, sociais e econômicos que contribuem para uma vida satisfatória, feliz e equilibrada. A qualidade de vida é frequentemente usada para avaliar as condições de vida de uma pessoa, levando em consideração tanto as necessidades básicas quanto os desejos e objetivos pessoais.

R

Respeito

É um valor fundamental nas relações humanas, que envolve o reconhecimento da dignidade, direitos e sentimentos do outro. Ele se manifesta em atitudes e comportamentos que demonstram consideração, valorização e apreço pelas diferenças e pela integridade das pessoas. O respeito é essencial para a convivência harmônica em sociedade, criando um ambiente de confiança, empatia e aceitação.

Reconhecimento das diferenças

É o processo de reconhecer e valorizar as diversas características que fazem cada pessoa única. Isso envolve entender e aceitar as diferenças nas áreas de cultura, gênero, raça, religião, orientação sexual, idade, habilidades e valores. O reconhecimento dessas diferenças é essencial para a construção de uma sociedade inclusiva, respeitosa e igualitária.

Representatividade

Refere-se à presença e visibilidade de diferentes grupos e identidades em diversos espaços sociais, culturais, políticos e midiáticos. É o processo de garantir que pessoas de diferentes gêneros, raças, etnias, orientações sexuais, idades, deficiências, classe social, entre outras características, sejam adequadamente representadas e ouvidas nas decisões, narrativas e esferas de poder. A representatividade é crucial para garantir que todos os indivíduos tenham seus direitos e interesses reconhecidos, e que as perspectivas diversas sejam levadas em conta em contextos importantes, como a política, a mídia, o mercado de trabalho e a educação.

Rótulo

No contexto da inclusão, "rótulo" pode se referir a uma etiqueta ou categoria atribuída a uma pessoa com base em características percebidas, como origem étnica, orientação sexual, capacidades físicas ou mentais, entre outros. Esses rótulos podem ser usados para descrever ou classificar as pessoas, mas também podem carregar estigmas, preconceitos e expectativas sociais associadas a essas categorias. Os rótulos podem afetar negativamente a forma como as pessoas são percebidas e tratadas na sociedade, levando à discriminação, exclusão e marginalização. Por exemplo, quando alguém é rotulado como "deficiente", "imigrante", "homossexual" ou "pobre", isso pode influenciar as oportunidades que eles recebem, o tratamento que recebem e até mesmo a percepção que têm de si mesmos. Na busca pela inclusão, é importante reconhecer e desafiar os rótulos prejudiciais, promovendo uma visão mais ampla e respeitosa da diversidade humana. Isso envolve valorizar as pessoas em vez de julgá-las com base em categorias simplificadas ou estereótipos. A inclusão verdadeira requer uma abordagem que reconheça a individualidade de cada pessoa e respeite sua dignidade e direitos fundamentais

S

Sensibilização

Sensibilização é o processo de conscientizar e educar as pessoas sobre determinados temas, com o objetivo de promover mudanças em atitudes, comportamentos e percepções. A sensibilização busca aumentar a compreensão sobre questões importantes, como direitos humanos, diversidade, inclusão, sustentabilidade, preconceito, discriminação e outras temáticas sociais e culturais. Ela envolve a criação de empatia e a construção de uma consciência mais crítica sobre as realidades e os desafios enfrentados por diferentes grupos de pessoas.

Solidariedade

É o sentimento de empatia e responsabilidade que leva as pessoas a se unirem em prol de um objetivo comum, especialmente quando se trata de ajudar aqueles que estão em situações de vulnerabilidade ou dificuldade. Ela envolve o apoio mútuo, a cooperação

e o desejo de contribuir para o bem-estar coletivo. A solidariedade não se limita a um vínculo estreito, como entre amigos ou familiares, mas também pode ser expressa entre pessoas de diferentes origens e contextos sociais, econômicos e culturais. É vista como um valor ético e moral, pois está profundamente ligada à ideia de que todos são responsáveis uns pelos outros. Ela transcende interesses individuais e busca o bem-estar coletivo, promovendo ações de ajuda, apoio e compreensão diante das dificuldades do outro.

T

Tecnologias Assistivas

São ferramentas, dispositivos ou soluções tecnológicas projetadas para auxiliar pessoas com deficiências a superar barreiras e melhorar sua qualidade de vida. Elas têm como objetivo facilitar a participação dessas pessoas em diversas atividades diárias, promovendo sua autonomia, independência e inclusão na sociedade. Essas tecnologias podem abranger uma vasta gama de produtos e soluções, que vão desde softwares e aplicativos até equipamentos físicos especializados, como: aparelhos auditivos, próteses e órteses, cadeiras de rodas etc.

Tolerância

É a capacidade de respeitar, aceitar e conviver com as diferenças, sejam elas culturais, religiosas, políticas, étnicas ou sociais, sem discriminar ou julgar negativamente o outro. Ela implica em reconhecer e respeitar a diversidade de opiniões, comportamentos e escolhas, mesmo quando essas diferenças são contrárias às nossas próprias crenças e valores. A tolerância não significa necessariamente concordar com tudo, mas respeitar o direito do outro de ser quem ele é e de expressar suas ideias de forma livre e sem medo de represálias.

Transformação Social

Refere-se a mudanças profundas e duradouras nas estruturas, instituições, valores, normas e práticas de uma sociedade. Essas mudanças podem ocorrer em diversas áreas, como economia, política, cultura, educação, relações de poder, direitos humanos, e, principalmente, nas atitudes e comportamentos das pessoas em relação a questões sociais importantes. A transformação social visa melhorar a qualidade de vida, promover justiça social e garantir que todos os indivíduos, independentemente de sua origem, gênero, etnia, classe social, ou outras características, tenham as mesmas oportunidades e direitos. Em muitos casos, a transformação social está ligada a movimentos sociais que buscam inclusão, igualdade e direitos civis, além da busca por equidade e acesso a recursos e oportunidades. O UGB acredita que a educação desempenha um papel essencial na transformação social, pois é por meio dela que as novas gerações aprendem valores, comportamentos e normas. Assim, adotou como lema o “Compromisso com a transformação Social”.

U

Universalidade

Universalidade é um conceito que se refere à ideia de que algo é aplicável, válido ou relevante para todas as pessoas, sem distinção. Em diversas áreas, a universalidade é associada à ideia de igualdade, acesso e direitos para todos, independentemente de suas características individuais, como nacionalidade, etnia, gênero, religião, condição social ou física.

Unidade na Diversidade

É um conceito que enfatiza a importância de coexistir e trabalhar juntos apesar das diferenças culturais, étnicas, religiosas, políticas, sociais e individuais. A ideia central é que, apesar das diversas características que tornam cada pessoa única, é possível

promover a unidade, harmonia e colaboração, valorizando as diferenças e promovendo o respeito mútuo.

Unificação de Esforços

A unificação de esforços refere-se à ideia de unir diferentes recursos, habilidades, conhecimentos ou pessoas em torno de um objetivo comum, com o propósito de alcançar um resultado mais eficaz, eficiente e impactante do que seria possível se cada um agisse isoladamente. Através da unificação de esforços, é possível superar obstáculos maiores, compartilhar responsabilidades e multiplicar as chances de sucesso em projetos e iniciativas.

V

Valorização da Diversidade

A valorização da diversidade refere-se ao reconhecimento, respeito e promoção das diferentes características, perspectivas e experiências presentes em uma sociedade ou organização. Isso inclui aspectos como etnia, gênero, orientação sexual, idade, religião, deficiência, entre outros. Ao reconhecer que cada indivíduo possui contribuições únicas, busca-se construir ambientes mais inclusivos e justos.

X

Xenofilia

A xenofilia é o apreço, a afeição ou a atração por culturas, povos ou costumes estrangeiros. Em um contexto de inclusão, a xenofilia é um comportamento positivo que favorece a aceitação e o acolhimento de pessoas de diferentes origens, promovendo um ambiente mais diversificado e inclusivo.

Y

Yes

Sim. Vamos apoiar e ter uma atitude positiva e aberta à aceitação e inclusão.

W

Welcoming

Palavra inglesa que significa "acolhedor" relacionado à promoção de ambientes acolhedores e inclusivos.

Z

Zero discriminação

Zelo pela inclusão

A high-angle, blue-tinted photograph of a group of six people sitting around a dark wooden conference table. One person, a man, is seated in a wheelchair in the foreground, facing away from the camera. The other five people are seated around the table, some looking at tablets or laptops. There are coffee cups, papers, and a potted plant on the table. The overall atmosphere is professional and collaborative.

Parte II

*Eu incluo, você inclui...
Nós somos incluídos!*

Deficiências Físicas

“—

Deficiência não é sinônimo de
incapacidade.

Com acessibilidade e apoio,
todos podem alcançar seu
potencial.

—”

Deficiências Motoras

Marcos Guimarães de Souza Cunha¹



O que é?

A compreensão do termo deficiência motora está vinculada ao entendimento sobre o que é o sistema motor, assim sendo, segundo SCHENKMAN et. al. (2016), o sistema motor é um termo genérico, pois refere-se a todas as estruturas do sistema nervoso central e periférico que contribuem para a atividade motora. Entende-se por sistema nervoso central a parte do sistema nervoso localizada na cavidade craniana e no canal vertebral, ou seja, cérebro, cerebelo, tronco encefálico e medula espinal; e sistema nervoso periférico, a parte do sistema nervoso que está localizada fora da cavidade craniana e do canal vertebral e as estruturas que se comunicam com o sistema nervoso central, ou seja, raízes nervosas e nervos, por exemplo.

As ações motoras ocorrem em respostas aos estímulos que o ambiente externo fornece ao corpo, fazendo com que o ser humano realize suas ações pelos seus movimentos, então, quando algum estímulo externo nos provoca a realizar um movimento, a parte anterior do nosso cérebro é estimulada para que tenhamos a intenção de movimentar e com a imagem do movimento em nossa consciência, partimos para uma sequência de conexões do nosso cérebro que foge da nossa consciência e com isso será selecionado qual músculo deverá se contrair e qual deverá se relaxar para realizar movimento. Ainda sem que tenhamos consciência, o cerebelo está recebendo informações do posicionamento de todas as partes do corpo e recebe aquela intenção de movimento, o movimento que imaginamos fazer, com essas informações todas no cerebelo, o cerebelo vai atuar controlando os neurônios que vão para a medula espinal, para dosar a intensidade da contração dos músculos, função essa chamada de coordenação motora.

As informações do cérebro controladas pelo cerebelo, vão passar pela medula espinal para alcançar os neurônios que estimulam os músculos, esses neurônios

¹ Doutor em Engenharia Mecânica (FEG-UNESP)

começam na medula espinal e seus prolongamentos ocupam a raiz nervosa anterior que formará um nervo, e este nervo se comunica com o músculo estimulando o movimento.

Quando alguma parte desse sistema não está funcionando adequadamente, estamos diante de uma deficiência motora, uma condição que afeta a realização de movimentos funcionais.



Sintomas e Características

Paralisia ou plegia: é definida como a perda da capacidade de realizar movimento voluntário, pode ocorrer por lesões ou disfunções em partes específicas do cérebro ou no tronco encefálico, medula espinal, raiz anterior ou nervo espinal, quando a alteração tem origem no sistema nervoso central, esta plegia ocorre com aumento de tônus por isso é classificada como espástica, mas isso ocorre na fase crônica dessas lesões, pois na fase aguda normalmente ocorre uma paralisia flácida; no caso de acometimento do sistema nervoso periférico, é classificada como flácida. Em alguns casos menos comuns, as paralisias centrais também podem ser flácidas. Paresia é o termo usado para a diminuição na capacidade de realizar o movimento voluntário, muitas vezes observamos uma pessoa que tem uma paresia e usamos o termo paralisia ou plegia inadequadamente.

- **Hemiplegia** é a paralisia de um lado do corpo, verificar que quando tem perda parcial, o termo correto é hemiparesia.
- **Paraplegia** é a paralisia dos membros inferiores, bilateralmente.
- **Tetraplegia** é o termo usado para as paralisias dos 4 membros, comumente também existe a paralisia dos músculos do tronco, trazendo uma dificuldade de sustentar a postura.
- **Monoplegia** é a paralisia de apenas um membro, podendo ser superior ou inferior.
- **Tônus** é o estado de contração mínima que um músculo realiza, mesmo estando em repouso, as deficiências ocasionadas por lesões do cérebro, tronco encefálico e medula espinal, em fase crônica ocasionam aumento do tônus, sendo considerado hipertonia, neste caso a hipertonia é elástica, também chamada de espasticidade, mas em casos de Síndrome de Parkinson, a

hipertonia é plástica. As hipotonias (diminuição do tônus) ocorrem por disfunções ou lesões parciais do cerebelo, corno anterior da medula (onde começa o neurônio que inerva o músculo), raiz anterior ou nervo, quando as lesões dos nervos ou raízes nervosas são completas, ocorre atonia (ausência de tônus).

- **Alterações de coordenação motora, ou ataxias**, estão presentes em disfunções ou lesões do cerebelo ou vias cerebelares, pois o paciente consegue realizar o movimento, mas este movimento precisa ser corrigido conscientemente, o que dificulta a realização de forma harmônica e com baixo gasto energético, promovendo decomposição do movimento (o movimento é feito dividido em várias partes), tremor de intensão e dificuldade de realizar movimentos alternados, entre outros sinais.
- **Alterações de equilíbrios** ocorrem quando existe dificuldade de controlar os músculos do tronco, dificultando a permanência em pé e a realização dos movimentos dos membros superiores, muitas vezes precisam segurar a posição do tronco.



Causas

Como vimos, as deficiências motoras podem ser causadas por diversas patologias ou disfunções de células nervosas em qualquer parte do sistema nervoso. Vamos ver os exemplos a seguir:

- **Paralisias, plegias ou paresias espásticas** são ocasionadas por acometimento nos neurônios motores superiores, que possuem os seus corpos no córtex cerebral e seus axônios são prolongamentos na região mais profunda do cérebro, e vias descendentes do tronco encefálico e medula espinal. Quando essas alterações afetam músculos do tronco, também ocasionam diminuição ou perda de equilíbrio.
- **Paralisias, plegias ou paresias flácidas** são ocasionadas por acometimento nos neurônios motores inferiores, que possuem seus corpos no corno anterior da medula ou núcleos do tronco encefálico e seus axônios são prolongamentos através das raízes anteriores e nervos até alcançar os músculos

- **Alterações de coordenação motoras** são ocasionadas por lesões ou distúrbios do cerebelo ou das vias cerebelares, nestes casos também ocasionam diminuição ou perda de equilíbrio.
- **Além disso, existem as alterações relacionadas aos núcleos da base do cérebro**, que causam disfunções motoras como no caso da Síndrome de Parkinson, conhecida pelo tremor de repouso e casos com movimentos mais intensos com a Coreia ou a Atetose.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Pensando no atendimento ao estudante, é fundamental que ocorra um treinamento da equipe docente para aprimorar o olhar às alterações motoras, mesmo que discreta. Dessa forma a equipe pedagógica pode se antecipar e promover atividades de interação e adaptação para que o estudante participe das atividades escolares e socialize no ambiente escolar.

A mediação pedagógica docente no ensino superior desempenha um papel crucial na inclusão e no desenvolvimento acadêmico de estudantes com alterações motoras. Cabe ao professor compreender as necessidades específicas desses estudantes e adotar estratégias que facilitem o processo de aprendizagem. Isso inclui a utilização de tecnologias assistivas, como softwares de reconhecimento de voz e teclados adaptados, além de ajustes no ambiente físico e nos métodos avaliativos, promovendo a acessibilidade. A abordagem deve ser colaborativa, envolvendo o diálogo constante com o estudante para identificar barreiras e propor soluções. Além disso, o docente deve estimular a autonomia e a participação ativa desses alunos, criando um ambiente de respeito, acolhimento e igualdade de oportunidades, essencial para o desenvolvimento pleno de suas capacidades.



Saiba Mais

<https://youtu.be/NhRkj4pCkNo?si=nqlRF5uGHm84lFok>

<https://youtu.be/SfPhtzT1HEs?si=NeEjZHCea607-zJq>

<https://youtu.be/bSTnCXTguQQ?si=NSGagHDUTfgvWLaV>



Referências

SCHENKMAN, Margaret L.; BOWMAN, James P.; GISBERT, Robyn L.; BUTLER, Russell B.

Neurociência clínica e reabilitação. Barueri: Manole, 2016. E-book. p. 207. ISBN

9788520452059. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520452059/>. Acesso em: 30 out. 2024.

Amputações

Natasha Teixeira Logsdon¹

A deficiência física, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a legislação brasileira (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI, Lei nº 13.146/2015), é definida como *“uma limitação no corpo que impacta a mobilidade, coordenação, e/ou funções motoras, podendo ter diversas origens e consequências para a vida diária do indivíduo acometido”* (BRASIL, 2015; OMS, 2011). Estudos epidemiológicos estimam que um milhão de pessoas por ano sofram algum nível de amputação corporal, e, no Brasil, em 2018, foram registradas 59 mil amputações configurando não apenas um problema oneroso de saúde pública, mas também sendo responsável por elevadas taxas de comorbidades físicas e psicossociais (SOUZA et al., 2019).



O que é?

É a remoção cirúrgica de uma parte do corpo, geralmente um membro ou parte dele, e pode ocorrer devido a agravos à saúde como trauma grave, diabetes, infecções, doenças vasculares e cânceres. Ela resulta em deficiência física, exigindo adaptações significativas na vida da pessoa, principalmente no que se refere à mobilidade e à reabilitação, cruciais para a reintegração às atividades cotidianas, estudantis e/ou laborais. Por ser uma mudança física abrupta, uma amputação pode impactar profundamente a saúde psicológica e emocional devido à perda da função corporal, da autorreferência de imagem e da autonomia. Essa situação pode desencadear uma série de reações emocionais que variam em intensidade e duração, dependendo de fatores como o motivo da amputação, o nível de suporte emocional e as estratégias de enfrentamento do indivíduo. Transtorno do estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, fobia ou

¹ Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas (UERJ)

desconforto social, síndrome do membro fantasma, luto, tristeza, irritabilidade, desapontamento e distorção de autoimagem podem ser distúrbios psicológicos e sociais a serem enfrentados concomitantemente aos desafios físicos (URMC, 2023; OHIO STATE UNIVERSITY, 2024; LADDs et al., 2017; GABARRA & CREPALDI, 2009).



Sintomas e Características

A principal característica da amputação é a ausência de um segmento corporal que pode ou não estar substituído por uma prótese. Os sintomas apresentados pelas pessoas amputadas variam conforme o nível e a localização da amputação (membro superior, inferior, unilateral ou bilateral) e a forma individual de a pessoa lidar com tal perda. O tipo de prótese, órtese ou auxílio que utilizam pode influenciar no seu desenvolvimento e comportamento (SOUZA et al., 2019). Em sala de aula, pode-se observar limitações de mobilidade, o uso de equipamentos adaptativos, e, em alguns casos, dores, isolamento social ou necessidades de suporte psicológico (BRASIL, 2013).



Causas

As amputações de membros inferiores são majoritariamente associadas a complicações de doenças crônicas e degenerativas, acometendo mais idosos que jovens, com cerca de 80% resultantes de doença vascular periférica e diabetes. Entre os casos não eletivos, o trauma ocupa o segundo lugar, principalmente em acidentes e ferimentos por armas de fogo, sendo responsável por aproximadamente 20% das amputações, com predomínio em homens (cerca de 75%). Outras causas como doenças infecciosas e parasitárias, tabagismo, neoplasias e fatores congênitos também são descritos, porém com menor incidência que as causas vasculares e traumáticas (SOUZA, 2019; BRASIL, 2013). A tabela a seguir demonstra as causas e frequência das amputações feitas pelo SUS em 2011 (BRASIL, 2013).

	CAUSAS	FREQUÊNCIA	%
1	Causas externas	16.294	33,1%
2	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.808	17,9%
3	Doenças do aparelho circulatório	7.905	16,1%
4	Diabetes	6.672	13,6%
5	Gangrena (Não classificada em outra parte)	5.136	10,4%
6	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.961	6,0%
7	Neoplasias	957	1,9%
8	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	230	0,5%
9	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	202	0,4%
	TOTAL	49.165	100%

Fonte: SIHSUS. 2011.



Mediação Pedagógica Docente

A inclusão educacional é um processo fundamental que busca garantir que todos os alunos, independentemente de suas habilidades ou limitações, tenham acesso equitativo ao aprendizado e à participação ativa nas atividades escolares. Para tornar o ensino mais acessível aos discentes amputados, é necessário um conjunto de práticas docentes e institucionais para promover um ambiente inclusivo, permitindo que alunos com amputações e outras deficiências integrem-se plenamente à vida acadêmica, sendo-os:

Acessibilidade física e digital:

Promover que as salas de aula, corredores e móveis como cadeiras e mesas sejam acessíveis e ergonômicos para estudantes que utilizam próteses, órteses, cadeira de rodas ou andadores. Salas com portas largas, sem barreiras físicas e acesso a elevadores ou rampas em locais de múltiplos andares são essenciais. Para o acesso digital, garantir plataformas de estudo compatíveis com tecnologias assistivas, como leitores de tela e

controles por voz, de forma a ampliar a inclusão digital e a independência dos alunos (PARKER et al., 2019).

Materiais de estudo adaptados:

Oferecer materiais de leitura e atividades práticas que possam ser manipulados digitalmente e adaptados, como textos em formato PDF que permitem anotações digitais e apresentações que podem ser acessadas remotamente. *Softwares* que convertam texto em áudio e versões de materiais em diferentes formatos (ex.: vídeo, texto, áudio) aumentam a flexibilidade e a autonomia para o aluno (AGUIRRE et al., 2020).

Tempo extra para tarefas práticas:

Conceder tempo adicional para atividades que envolvem deslocamento ou manipulação manual pode ser fundamental para garantir que o aluno complete as tarefas sem pressão. Um aluno com prótese ou limitações de movimento, por exemplo, pode precisar de um tempo mais longo para realizar tarefas práticas em laboratórios ou oficinas. Esse tempo extra pode ser previamente negociado e adaptado conforme as necessidades específicas de cada atividade e de acordo com as limitações individuais do estudante amputado (AGUIRRE et al., 2020).

Uso de tecnologias assistivas:

Permitir que os alunos utilizem programas, aplicativos e dispositivos de apoio, como leitores de tela, teclados adaptados, controles para computador que facilitam a digitação e recursos para organização de anotações e gerenciamento de tempo. O uso de tecnologias assistivas, como *softwares* que auxiliam na digitação para estudantes que têm menor mobilidade nos membros superiores, aumenta a autonomia e possibilita um aprendizado mais fluido (UNIVERSITY OF WASHINGTON, 2021).

Incentivar o aprendizado colaborativo:

Promover atividades em pares ou pequenos grupos, principalmente para atividades que exigem movimentos específicos, pode facilitar o aprendizado e fortalecer o apoio social, um aspecto importante para estudantes que precisam de ajuda prática. Parcerias e trabalhos em equipe oferecem oportunidades para que o aluno colabore e contribua ativamente, beneficiando e sendo beneficiado pela integração com outros colegas (PARKER HARRIS et al., 2019).

Flexibilidade na avaliação:

Adaptar avaliações práticas, considerando as capacidades físicas do aluno permitindo um ambiente mais inclusivo, principalmente nos laboratórios. Avaliações alternativas, como a possibilidade de responder oralmente em vez de realizar atividades escritas complexas, ou o uso de tecnologias assistivas durante provas, podem nivelar as condições e ajudar a medir o conhecimento sem que a deficiência seja uma barreira (UNESCO, 2020).



Saiba Mais

Para aprofundar o entendimento sobre amputação e inclusão de estudantes amputados no ensino superior, seguem algumas sugestões de leitura:

- O livro *"Students with Disabilities in Higher Education: A Review of the Literature"* da editora SpringerLink aborda o estado atual das teorias e práticas de inclusão no ensino superior para alunos com deficiências, incluindo a necessidade de apoio educacional específico. Disponível em https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-26829-3_3
- O livro *"Disabilities and Accommodations in Higher Education"* organizado pelo editor Benson Kinyanjui explora acomodações acadêmicas comuns e estratégias de suporte para estudantes com necessidades especiais, incluindo adaptações no campus e assistentes de tecnologia. Disponível em <https://kenicabooks.com>
- A *Amputee Coalition* oferece guias e recursos práticos sobre inclusão, com detalhes sobre os tipos de apoio e políticas universitárias. Trata-se de uma organização estadunidense sem fins lucrativos dedicada a apoiar pessoas com amputações e aqueles afetados pela perda de membros. Ela oferece recursos informativos e suporte emocional ajudando a promover a inclusão e acessibilidade para amputados em diversas áreas, incluindo educação e trabalho. A organização também se concentra em aumentar a conscientização pública e colaborar com profissionais de saúde para melhorar a qualidade de

vida das pessoas com amputações. Disponível em: <https://amputee-coalition.org>

Os materiais supracitados exploram a criação de um ambiente acessível e inclusivo por meio de adaptações físicas, uso de tecnologias assistivas e práticas de ensino flexíveis. Embora possuam um forte vínculo com a realidade norte-americana, o avanço das instituições dos Estados Unidos no quesito inclusão serve como uma referência valiosa. As universidades norte-americanas têm desenvolvido políticas de acessibilidade e práticas inclusivas bastante abrangentes e efetivas, tornando-se exemplos inspiradores para o contexto brasileiro. Portanto torna-se válido aproveitar o aprendizado de experiências bem-sucedidas e adaptá-las ao nosso cenário.



Conclusão

A inclusão de alunos com amputações no ambiente educacional não é apenas uma questão de cumprimento de legislação, mas uma responsabilidade moral e ética que enriquece o processo de ensino-aprendizagem. As práticas docentes sugeridas neste capítulo são fundamentais para criar um ambiente onde todos os alunos possam prosperar.

Estudos mostram que ambientes inclusivos não apenas melhoram a experiência de alunos com deficiências, mas também beneficiam a comunidade escolar como um todo, promovendo uma cultura de respeito e empatia (UNESCO, 2020). A implementação dessas práticas requer compromisso e criatividade por parte dos educadores, mas os resultados são inestimáveis: uma sala de aula mais diversa, interativa e acolhedora.

À medida que avançamos, é essencial continuar explorando novas estratégias e recursos que apoiem a inclusão de alunos com amputações e outras deficiências. O caminho para uma educação verdadeiramente inclusiva é contínuo e deve ser alimentado pelo diálogo entre educadores, alunos e a comunidade. Assim, formaremos uma sociedade mais justa e equitativa, onde todos têm a oportunidade de contribuir e se desenvolver plenamente.



Referências

AGUIRRE, A.; CARBALLO, R.; LOPEZ-GAVIRA, R. **Improving the academic experience of students with disabilities in higher education**: faculty members of Social Sciences and Law speak out. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, v. 34, n. 3, p. 305-320, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13511610.2020.1828047>. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 24 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**, 1. ed. 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-pessoa-amputada.pdf/view>. Acesso em: 25 out. 2024.

GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. **Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação**. Aletheia [online], n. 30, p. 59-72, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200006. Acesso em: 1 nov. 2024.

LADDS, E.; REDGRAVE, N.; HOTTON, M.; LAMYMAN, M. **Systematic review**: predicting adverse psychological outcomes after hand trauma. *Journal of Hand Therapy*, v. 30, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0894113016302022>. Acesso em: 26 out. 2024.

OHIO STATE UNIVERSITY WEXNER MEDICAL CENTER. **Your Care After Leg Amputation**. Columbus: wexner Medical Center, 2024. [Originalmente publicado em 2018, revisado e publicado novamente em 2024]. Disponível em: <https://healthsystem.osumc.edu/pteduc/docs/AmputationAboveKnee.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Deficiência**. São Paulo: OMS, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. Acesso em: 25 out. 2024.

PARKER HARRIS, S.; GOULD, R.; MULLIN, C. **ADA - Americans with Disabilities Act - a research brief**: higher education and the ADA. Chicago, IL: ADA National Network Knowledge Translation Center, 2019. p. 1-6. Disponível em: https://adata.org/research_brief/higher-education-and-ada. Acesso em: 29 out. 2024.

SOUZA, Y. P.; SANTOS, A. C. O.; ALBUQUERQUE, L. C. **Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil)**. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 18, e20190064, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190064>. Acesso em: 25 out. 2024.

UNESCO. **Inclusion and education:** all means all. Paris: UNESCO, 2020. Disponível em <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>. Acesso em 24 out. 2024.

Technology, College of Education, 2021. Disponível em: https://www.washington.edu/doit/sites/default/files/atoms/files/A%20Framework%20for%20Inclusive%20Practices%20in%20Higher%20Education_.pdf. Acesso em: 2 nov. 2024.

UNIVERSITY OF WASHINGTON. **A Framework for Inclusive Practices in Higher Education.** Seattle: University of Washington, College of Engineering, UW Information

URMC - UNIVERSITY OF ROCHESTER MEDICAL CENTER. **Amputation:** reasons, Procedure, Recovery, and Risks. Rochester: University of Rochester Medical Center, 2023. Disponível em: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=92&ContentID=P08292>. Acesso em 25 out. 2024.

Esclerose Múltipla

Guilherme Raymundo Costa¹



O que é?

A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurológica crônica, inflamatória e autoimune que afeta o sistema nervoso central, incluindo o cérebro, a medula espinhal e os nervos ópticos. Nessa condição, o sistema imunológico ataca erroneamente a mielina, que é a camada protetora que envolve e isola as fibras nervosas. Esse ataque causa desmielinização e lesões, chamadas de placas, além de danos aos próprios axônios em alguns casos (MONTALVÃO, 2022).

Como resultado, a comunicação entre o cérebro e outras partes do corpo fica prejudicada, levando a uma ampla gama de sintomas neurológicos, que podem variar em tipo e gravidade de pessoa para pessoa. A doença é caracterizada por surtos e períodos de recuperação (no tipo surto-remissão) ou por uma progressão contínua (nos tipos progressivos) (SILVA; SANTOS, 2021). Embora a causa exata da esclerose múltipla seja desconhecida, acredita-se que fatores genéticos, ambientais e imunológicos desempenhem um papel no seu desenvolvimento.



Sintomas e características

A esclerose múltipla (EM) apresenta uma ampla variedade de sintomas que refletem os danos causados ao sistema nervoso central. Entre os mais comuns estão alterações motoras, como fraqueza muscular, espasticidade e tremores, que podem levar a dificuldades para caminhar ou realizar movimentos coordenados. As alterações

¹Doutor em Enfermagem e Biociências (UFRJ)

sensoriais também são frequentes, incluindo dormência, formigamento, sensação de queimação ou perda da sensibilidade tátil e térmica. Os problemas visuais, como neurite óptica, visão dupla (diplopia) e movimentos involuntários dos olhos (nistagmo), são outros sinais marcantes da doença (PIMENTEL et al., 2023).

A fadiga é um dos sintomas mais debilitantes, muitas vezes desproporcional ao nível de atividade do indivíduo. Além disso, dificuldades cognitivas, como problemas de memória, atenção e planejamento, são relatadas por muitos pacientes, assim como alterações no equilíbrio e na coordenação, que podem causar vertigem e dificuldade em realizar tarefas motoras precisas (OLIVEIRA; ALVES, 2020). Distúrbios urinários e intestinais também são comuns, incluindo incontinência, retenção urinária ou constipação. Do ponto de vista emocional, a doença pode levar a depressão, ansiedade e mudanças rápidas de humor.

A EM é caracterizada por sua imprevisibilidade e variabilidade, com sintomas que aparecem e desaparecem (no caso do tipo surto-remissão) ou pioram progressivamente (nas formas progressivas). A intensidade dos sintomas varia significativamente entre os pacientes, e muitos deles enfrentam dificuldades relacionadas a sintomas "invisíveis", como fadiga e dor crônica, que impactam profundamente sua qualidade de vida (MASI et al., 2024). A disseminação espacial e temporal das lesões no sistema nervoso é uma das marcas diagnósticas da doença, refletindo a complexidade e a imprevisibilidade de suas manifestações.



Causas

A causa exata da esclerose múltipla (EM) ainda não é totalmente compreendida, mas acredita-se que a doença seja o resultado de uma interação complexa entre fatores genéticos, ambientais e imunológicos, que levam a um mau funcionamento do sistema imunológico (SILVA; SANTOS, 2021).

Na Esclerose Múltipla, o sistema imunológico ataca erroneamente a mielina, a camada protetora que recobre as fibras nervosas no sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal). Esse ataque ocorre devido a uma resposta autoimune desencadeada por fatores que ainda não são completamente elucidados. A destruição da mielina causa inflamação e formação de lesões ou placas no tecido nervoso, prejudicando a condução

dos impulsos nervosos e, em casos mais avançados, provocando danos aos próprios axônios (MONTALVÃO, 2022).

Os fatores genéticos desempenham um papel importante, pois a doença é mais comum em pessoas que possuem certas variantes genéticas, como aquelas associadas ao complexo principal de histocompatibilidade (MHC). No entanto, a EM não é considerada uma doença hereditária clássica, uma vez que a predisposição genética interage com fatores externos (MASI et al., 2024).

Entre os fatores ambientais, destacam-se:

Infecções virais:

Algumas evidências sugerem que o vírus Epstein-Barr (EBV) pode estar envolvido como gatilho para a resposta autoimune.

Deficiência de vitamina D:

Baixos níveis dessa vitamina, que regula o sistema imunológico, têm sido associados a um maior risco de desenvolver a doença.

Fatores geográficos:

A EM é mais comum em regiões distantes do equador, sugerindo uma relação com a exposição solar e os níveis de vitamina D.

Tabagismo:

O cigarro é um fator de risco que pode aumentar a suscetibilidade e a gravidade da doença.

Obesidade na adolescência:

Está associada a um maior risco de desenvolvimento de EM, possivelmente devido a alterações inflamatórias.

Finalizando, o componente imunológico é central na doença. A ativação anormal de linfócitos T e B desencadeia uma resposta imune contra a mielina, amplificada por células inflamatórias e mediadores químicos. Esse processo autoimune crônico resulta em inflamação, desmielinização e dano neural progressivo (OLIVEIRA; ALVES, 2020).



Mediação Pedagógica Docente Sugestões Práticas para os Docentes

A mediação pedagógica docente para alunos com esclerose múltipla (EM) deve ser centrada na promoção de um ambiente de aprendizagem inclusivo, flexível e adaptado às necessidades individuais do estudante. Dada a natureza variável e imprevisível da doença, o docente deve considerar tanto os aspectos físicos quanto cognitivos que podem impactar o desempenho acadêmico do aluno. Aqui estão algumas abordagens fundamentais:

Flexibilidade no ensino e nas avaliações

- **Adaptação de horários:** Oferecer prazos estendidos para atividades e provas, caso o aluno apresente fadiga ou outros sintomas que limitem sua capacidade de trabalho.
- **Modalidades diversificadas de ensino:** Incluir aulas presenciais, online ou híbridas, para acomodar períodos em que o aluno possa estar em tratamento ou indisposto.
- **Avaliações alternativas:** Propor atividades como trabalhos escritos, apresentações ou portfólios, para evitar pressão excessiva em provas convencionais.

Acessibilidade ao conteúdo

- **Material acessível:** Fornecer recursos em formatos digitais, que permitem ajustes de tamanho de fonte, contraste e uso de leitores de tela, caso o aluno tenha problemas de visão ou coordenação.
- **Gravação de aulas:** Permitir que o aluno revise os conteúdos em seu próprio ritmo.
- **Notas e resumos:** Disponibilizar resumos das aulas ou permitir que o aluno grave as explicações para facilitar o acompanhamento.

Estratégias para lidar com dificuldades cognitivas

A EM pode causar dificuldades de memória, atenção e organização, então:

- Divida tarefas complexas em etapas menores e mais gerenciáveis.
- Reforce os conteúdos com repetições e exemplos práticos.
- Use diagramas, mapas mentais e recursos visuais para ajudar na assimilação de conceitos.

Ambiente físico

- **Acessibilidade:** Certifique-se de que o ambiente escolar ou universitário seja adaptado para mobilidade reduzida, incluindo rampas, elevadores e banheiros acessíveis.
- **Posicionamento em sala:** Disponibilize cadeiras confortáveis e permita que o aluno escolha onde se sente melhor para assistir às aulas.

Comunicação e suporte emocional

- **Diálogo aberto:** Converse com o aluno sobre suas necessidades e preferências, garantindo que ele se sinta acolhido e respeitado.
- **Apoio psicológico:** Trabalhe em parceria com a equipe de orientação educacional ou serviços especializados para oferecer suporte emocional ao aluno, que pode enfrentar desafios psicológicos, como ansiedade ou depressão.

Colaboração interdisciplinar

- Trabalhe em conjunto com profissionais da saúde, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos, para entender melhor as limitações do aluno e adaptar as estratégias pedagógicas conforme necessário.

Sensibilização da comunidade escolar

- Promova a conscientização entre os colegas e outros docentes sobre a condição, para criar um ambiente de apoio e evitar preconceitos ou estigmas.

Essas medidas visam equilibrar as demandas acadêmicas com o bem-estar do aluno, garantindo que ele possa participar plenamente do processo educacional e desenvolver seu potencial de forma integral.



Saiba Mais

Você pode encontrar informações confiáveis e atualizadas sobre a esclerose múltipla (EM) em diversas fontes, como organizações de saúde, sites especializados, publicações acadêmicas e grupos de apoio. Aqui estão algumas sugestões de onde buscar informações:

Instituições e associações especializadas

- Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM) | Site: www.abem.org.br
Oferece informações sobre a doença, tratamentos e serviços de apoio para pacientes e familiares.
- National Multiple Sclerosis Society (NMSS) | Site: www.nationalmssociety.org
Organização internacional com vasto material educativo, estudos clínicos e recursos para pacientes e profissionais de saúde.
- Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) | Site: www.msif.org
Focado em pesquisas globais, campanhas de conscientização e apoio ao paciente.

Livros e guias especializados

Procure livros ou guias sobre EM escritos por profissionais da área de saúde, voltados para o público geral ou acadêmico. Exemplos incluem obras sobre neurologia ou manuais de manejo da esclerose múltipla.

Aqui está uma lista de livros e guias que podem ser úteis para compreender a esclerose múltipla (EM). Eles abordam desde aspectos clínicos e científicos até estratégias práticas de manejo:

- **"Esclerose Múltipla: Guia para Pacientes e Familiares"**
Autor: Dr. Cícero Galli Coimbra

Descrição: Este guia prático explica a doença em linguagem acessível, com foco nos sintomas, tratamentos e qualidade de vida.

- **"Overcoming Multiple Sclerosis: The Evidence-Based 7 Step Recovery Program"**

Autor: Prof. George Jelinek

Descrição: Livro voltado para pacientes, que apresenta mudanças no estilo de vida e intervenções baseadas em evidências para melhorar a saúde e reduzir os impactos da EM.

- **"Multiple Sclerosis: A Self-Care Guide to Wellness"**

Autoras: Nancy J. Holland e June Halper

Descrição: Este livro aborda estratégias de autocuidado, incluindo dicas para lidar com os sintomas físicos e emocionais.

Guias e manuais específicos

- **"Manual de Esclerose Múltipla para o Clínico"**

Autor: Ricardo Nitrini e colaboradores

Descrição: Voltado para médicos e estudantes de medicina, com enfoque nos critérios diagnósticos e terapias atualizadas.

- **"Vitamin D and Multiple Sclerosis"**

Autor: Michael F. Holick

Descrição: Explora o papel da vitamina D na prevenção e no tratamento da EM, com base em evidências científicas recentes.



Referências

MASI, M. et al. **Multifractal organization of EEG signals in multiple sclerosis**. ArXiv preprint, v. 2401, n. 08321, 2024. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2401.08321>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MONTALVÃO, A. F. **Esclerose múltipla**: avanços no diagnóstico e tratamento. Brazilian Journal of Health and Science, v. 9, n. 3, p. 584-591, 2022. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/584>. Acesso em: 28 jan. 2025.

OLIVEIRA, T. R.; ALVES, C. R. **Esclerose múltipla**: um estudo bibliográfico acerca de sua fisiopatologia e tratamentos. Brazilian Journal of Health and Science, v. 8, n. 1, p. 3078-3088, 2020. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/download/3078/3314/6909>. Acesso em: 28 jan. 2025.

PIMENTEL, L. P. et al. **Compreensão das dificuldades e dos fatores contextuais na esclerose múltipla**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, n. 2, p. e2021, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/WKZbYmqfC8ML9KxDJKjsQZm/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SILVA, M. L.; SANTOS, J. P. **Esclerose múltipla**: imunopatologia, diagnóstico e tratamento. Revista Saúde, v. 10, n. 2, p. 1447-1458, 2021. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/1447>. Acesso em: 28 jan. 2025.

Paralisia Cerebral

Rodrigo Peixoto dos Santos¹



O que é?

A paralisia cerebral (PC) é descrita pelo DSM-5 como um grupo de condições neurológicas não progressivas, marcadas por deficiências motoras e posturais, resultantes de uma lesão no cérebro em desenvolvimento. De acordo com a American Psychiatric Association (2014), a PC se caracteriza pela diversidade de sintomas motores e, em muitos casos, por déficits sensoriais, cognitivos e comportamentais que variam conforme o grau e a localização da lesão cerebral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) estima que a PC afete 2 a 3 crianças a cada 1.000 nascidos vivos, sendo a principal causa de deficiência física na infância. Desta forma, Oliveira et al. (2020) destaca que essa condição exige diagnósticos precoces e intervenções complexas para maximizar o potencial de desenvolvimento. Logo, Rosenbaum et al. (2007) ressaltam que a PC deve ser vista como um “espectro” de condições com características amplamente variáveis, justificando abordagens interdisciplinares e SADOWSKA et al. (2020) reforçam que a variabilidade dos sintomas exige suporte contínuo e adaptado.

Conceituando a Deficiência

A paralisia cerebral é definida como uma desordem motora que resulta em dificuldade de controle muscular e postural devido a uma lesão cerebral não progressiva (BAX et al., 2005). Assim, Rosenbaum et al. (2007) afirmam que essa condição pode variar em severidade e comprometimento funcional, justificando uma abordagem personalizada no tratamento e acompanhamento. Segundo a OMS (2013), a deficiência ocorre em função de uma lesão estática no sistema nervoso central, mas o quadro clínico pode mudar ao

¹ Mestre em Educação Física (UFRJ)

longo do tempo devido à adaptação do corpo ao desenvolvimento da criança. Ademais, Manzini (2021) destaca que o conceito de PC abrange não só a função motora, mas também as limitações cognitivas e sensoriais, enquanto Brennan *et al.* (2016) discutem a presença de deficiências de comunicação, que impactam a qualidade de vida. Além disso, há uma subdivisão em tipos que auxilia no direcionamento do tratamento, sendo elas: espástica, discinética, atáxica e mista. Embora, a OMS (2013) enfatize que cada caso deve ser avaliado de forma única, como argumentam Wilson *et al.* (2019).



Sintomas e Características

Entre as manifestações motoras mais comuns da PC está a espasticidade, caracterizada por rigidez muscular e reflexos aumentados (BAX *et al.*, 2005), dessa forma, Rosenbaum *et al.* (2007) sugerem que a espasticidade afeta especialmente os músculos voluntários, prejudicando o controle motor. Nesse sentido, Brennan *et al.* (2016) e Santos *et al.* (2019) afirmam que as dificuldades motoras também incluem distonia e ataxia, comprometendo ainda mais a mobilidade. Além disso, Wilson *et al.* (2019) descrevem como a PC pode impactar a percepção sensorial, com cerca de 50% das crianças apresentando dificuldades visuais e auditivas, conforme corroborado por Kuemmel *et al.* (2017). Por conseguinte, crianças com PC podem apresentar limitações na comunicação e na função cognitiva, que variam conforme a extensão da lesão, como apontado por Santos e Costa (2020) e Oliveira *et al.* (2020).



Causas

As causas da paralisia cerebral podem ser pré-natais, perinatais ou pós-natais, conforme Santos e Costa (2020). SADOWSKA *et al.* (2020) identificam que fatores como infecções intrauterinas, insuficiência placentária e baixo peso ao nascer aumentam significativamente o risco de desenvolvimento da condição. Além disso, a prematuridade é outro fator crítico, com estudos mostrando uma correlação direta entre o nascimento prematuro e a incidência de PC (WILSON *et al.*, 2019). Igualmente, as complicações

durante o parto, como hipóxia, são discutidas por Kuemmel *et al.* (2017) e pela OMS (2013), que destacam a importância de cuidados neonatais adequados. Assim, causas pós-natais, como meningite e traumatismo craniano, também são citadas por Furtado *et al.* (2022), mostrando que os cuidados nas primeiras semanas de vida são cruciais para evitar a PC.



Mediação Pedagógica Docente

A mediação pedagógica para alunos com PC exige adaptações que promovam acessibilidade e inclusão, dessa forma Almeida *et al.* (2019) sugerem que as salas de aula sejam equipadas com rampas, mesas ajustáveis e tecnologias assistivas para garantir o conforto e a participação ativa dos alunos. Da mesma maneira, Flores *et al.* (2017) argumentam que o uso de dispositivos de comunicação alternativa aumenta a autonomia dos alunos. De forma semelhante, Carvalho e Santana (2018) sugerem metodologias baseadas em projetos e atividades sensoriais para otimizar o aprendizado, enquanto Rosenbaum *et al.* (2007) também ressaltam a importância de uma abordagem interdisciplinar, onde profissionais de diferentes áreas colaborem no planejamento pedagógico, uma visão também apoiada por Santos *et al.* (2019). Por conseguinte, Souza e Silva (2018) enfatizam a importância de um ambiente que estimule o desenvolvimento emocional e social, promovendo a integração e a autoestima dos alunos com PC, Santos e Costa (2020) reforçam também que um ambiente acolhedor pode melhorar o desempenho acadêmico e o bem-estar emocional.



Saiba Mais

Para uma exploração mais aprofundada sobre paralisia cerebral e práticas pedagógicas inclusivas:

- **Livro:** ROCHA, Pedro. Paralisia Cerebral e Educação Inclusiva: teoria e Prática. São Paulo: Editora Moderna, 2019.

- **Vídeo:** Canal de YouTube “Educação Inclusiva” - Como adaptar atividades pedagógicas para alunos com paralisia cerebral.
- **Site:** Rede Brasileira de Inclusão - <https://www.redeinclusao.org.br>.



Referências

- ALMEIDA, João Pedro; FERREIRA, Ana Maria. **Espaços inclusivos:** adaptações físicas para alunos com deficiência. São Paulo: Ática, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:** DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAX, M. et al. **Proposed definition and classification of cerebral palsy.** *developmental medicine & child neurology*, v. 47, n. 8, p. 571–576, 2005.
- CARVALHO, Lúcia; SANTANA, Fabiana. **Educação inclusiva:** metodologias ativas. Rio de Janeiro: FGV, 2018.
- FLORES, Ana; SILVA, Carlos. **Tecnologias assistivas:** no contexto escolar. Porto Alegre: Penso, 2017.
- FURTADO, M. A. S. et al. **Fisioterapia em crianças com paralisia cerebral no Brasil:** uma revisão de escopo. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 64, n. 5, p. e2–e12, 2022.
- KUEMMEL, M. et al. **Neonatal hypoxia and risk of cerebral palsy:** analysis of birth conditions. *European Journal of Pediatric Neurology*, v. 21, n. 4, p. 789–797, 2017.
- MANZINI, M. et al. **Terapia ocupacional e comunicação alternativa:** intervenção colaborativa com os parceiros de comunicação de uma criança com paralisia cerebral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 29, 2021.
- ROSENBAUM, Peter et al. **A report:** the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 49, p. 8–14, 2007.
- SADOWSKA, M. **Current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options.** *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 16, p. 1505–1518, 2020.
- SANTOS, Maria de Lourdes; SILVA, Carla Regina. **Desafios na educação inclusiva:** um guia para educadores. Rio de Janeiro: Vozes, 2019.
- SOUZA, Renata; SILVA, Maria Carolina. **Educação inclusiva:** paralisia cerebral. São Paulo: Moderna, 2018.
- WILSON, R.; THOMPSON, A.; CLARK, H. **Cerebral palsy in premature infants:** risk factors and early detection. *Pediatrics*, v. 144, n. 2, p. 23–30, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cerebral palsy:** diagnosis and classification. Geneva: WHO Press, 2013.

Deficiências Sensoriais

“—

Sons, cores e texturas podem ser percebidos de formas diferentes, e todas são igualmente válidas.

—”

Surdez

Andréa Oliveira Almeida¹



O que é?

Denomina-se deficiência auditiva a diminuição da capacidade de percepção normal dos sons. De acordo com Rinaldi (1997):

Existem dois tipos principais de problemas auditivos. O primeiro afeta o ouvido externo ou médio e provoca dificuldades auditivas “condutivas” (também denominadas de ‘transmissão’), normalmente tratáveis e curáveis. O outro tipo envolve o ouvido interno ou o nervo auditivo. Chama-se surdez neurossensorial (pág. 31)

A deficiência auditiva pode ser classificada como deficiência de transmissão, quando o problema se localiza no ouvido externo ou médio, geralmente tratável ou curável. Pode surgir do rompimento do tímpano, acúmulo de cera, ou infecções no ouvido; deficiência mista, quando o problema se localiza no ouvido médio e interno, e neurossensorial, quando se origina no ouvido interno e no nervo auditivo (Rinaldi, 1997).



Sintomas e características

Com base na classificação do Bureau Internacional d’Audiophonologie, e na Portaria Interministerial nº 186, considera-se:

Parcialmente surdo

- **Surdez leve:** O aluno que apresenta uma perda auditiva de até 40 decibéis. Essa perda impede que o aluno perceba igualmente todos os fonemas das palavras. Além

¹ Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (UniFOA)

disso, a voz distante não é ouvida. Em geral, esse aluno é considerado como desatento, solicitando frequentemente, a repetição daquilo que lhe falam. Essa perda não impede a aquisição normal da linguagem, mas poderá ser a causa de algum problema articulatório ou dificuldade na leitura e/ou escrita.

- **Surdez moderada:** Perda entre 40 e 70 decibéis. Esses limites se encontram no nível da percepção da palavra, sendo necessária uma voz de certa intensidade para que seja convenientemente percebida. É frequente o atraso de linguagem e as alterações articulatórias, havendo, em alguns casos, maiores problemas linguísticos. Esse aluno tem maior dificuldade de discriminação auditiva em ambientes ruidosos. Em geral, ele identifica as palavras mais significativas, tendo dificuldade em compreender certos termos de relação e/ou frases gramaticais complexas. Sua compreensão verbal está intimamente ligada à sua aptidão para a percepção visual.
- **Surdez severa:** Aluno que apresenta perda auditiva entre 70 e 90 decibéis. Este tipo de perda vai permitir que ele identifique alguns ruídos familiares e poderá perceber apenas a voz forte, podendo chegar até quatro ou cinco anos sem aprender a falar. Se a família estiver bem orientada pela área educacional, a criança poderá chegar a adquirir linguagem. A compreensão verbal vai depender, em grande parte, de aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações.
- **Surdez profunda:** Aluno que apresenta perda auditiva superior a 90 decibéis. A gravidade dessa perda é tal, que o priva das informações auditivas necessárias para perceber e identificar a voz humana, impedindo-o de adquirir naturalmente a linguagem oral. As perturbações da função auditiva estão ligadas tanto à estrutura acústica, quanto à identificação simbólica da linguagem. Um bebê que nasce surdo balbucia como um bebê com audição normal, mas suas emissões começam a desaparecer à medida que não tem acesso à estimulação auditiva externa, fator de máxima importância para a aquisição da linguagem oral. Assim também, não adquire a fala como instrumento de comunicação, uma vez que, não a percebendo, não se interessa por ela, e não tendo “feedback” auditivo, não possui modelo para dirigir suas emissões. (Rinaldi, 1997, pág. 53 e 54).

A classificação das perdas auditivas:

Grau de Deficiência	Perda em Db
Normal	0 a 15
Leve	16 a 40
Moderada	41 a 70
Severa	71 a 90
Profunda	+ de 90

(Rinaldi, 1997, pág. 47)

Sobre as terminologias, é importante esclarecer que, quando se tratado termo “Surdo”, ainda é comum ouvirmos a expressão “Surdo Mudo”, um termo equivocado, pois uma pessoa muda é aquela que não utiliza seu aparelho fonador, não sendo esse o problema específico da pessoa surda. Portanto a “Mudez” não está relacionada com a “Surdez”.

Dependendo do grau da perda auditiva, é possível que a criança utilize um aparelho de amplificação sonora, conhecido como AASI. Ele capta e amplia os sons, porém não é suficiente para compreender a fala, principalmente se tratando de deficiência com perda profunda.

É importante esclarecer que, a temática da surdez é defendida pelo olhar da comunidade surda, que encara sua surdez como diferença e não necessariamente deficiência. Não se apresenta dizendo sou “deficiente auditivo”, mas sim, sou “surdo!”. Isso faz uma grande diferença. Apesar de clinicamente a surdez ser defendida como deficiência, o modo de tratamento escolhido por eles faz uma grande diferença pois representa um conceito sociocultural.

A surdez, de acordo com o decreto 5626/2005:

Considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras. (Art. 2º)

Libras é a língua usada pela comunidade surda brasileira, de acordo com a Lei 10436/2002:

É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais – Libras e outros recursos de expressão a ela associados. Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais – Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil. (Art. 1º)

De acordo com a referida Lei, Libras foi reconhecida e oficializada como língua da comunidade surda no território brasileiro e regulamentada pelo Decreto 5.626/05, e vem abrindo caminhos para que as pessoas surdas sejam respeitadas e se integrem ao meio em que vivem (Almeida, 2014, pág. 27).

Sobre a Língua Brasileira de Sinais, voltaremos com este assunto, mais adiante.



Causas

A deficiência auditiva pode ser congênita ou adquirida. Quando congênita, as principais causas são: viroses maternas, doenças tóxicas da gestante, hereditariedade, má nutrição da mãe e uso de medicamento ototóxico durante a gravidez. Quando adquirida ao longo da vida pode ocorrer por uma predisposição genética, exposição a sons impactantes, traumatismo ou doença que afete este órgão.

As causas da perda auditiva podem ser: pré-natais, a criança adquire a surdez através da mãe, no período da gestação; perinatais, quando surgem problemas no parto; pós-natais, surgem problemas após o seu nascimento.

De acordo com Rinaldi (1997), as causas pré-natais são: desordens genéticas ou hereditárias, relativas à consanguinidade, relativas ao fator Rh e às doenças infecto contagiosas, sífilis, citomegalovírus, toxoplasmosse, uso de drogas, remédios ototóxicos, desnutrição, pressão alta, diabetes, exposição à radiação. Dentre as causas peri natais estão: pré-maturidade, pós-maturidade, anóxia, infecção hospitalar. Causas pós-natais: remédios ototóxicos, em excesso, ou sem orientação médica, meningite, sífilis adquirida, sarampo, caxumba, exposição contínua a ruídos ou sons muito altos, traumatismos cranianos, dentre outros.

Outro tipo de perda auditiva, é aquela que à medida que a pessoa envelhece, vai perdendo sua audição, um processo de envelhecimento natural do organismo. E é

interessante destacar, que, nesses casos, dificilmente a pessoa utilizará Libras para se comunicar, visto que a utilização de uma língua oral auditiva já estava internalizada nela.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Atualmente recebemos no ensino superior um grande contingente de pessoas com deficiência. Diante disso, a inclusão precisa ser vista como um processo de mudança e de reestruturação das instituições de ensino, em todos os aspectos: físico, curricular e social, e de modo muito especial, precisa ser revisto o processo de avaliação (Carvalho, 2020).

O ambiente universitário é um espaço novo, para muitos estudantes, entre eles, o aluno com surdez. A surdez, é uma realidade que muitos docentes, ainda, desconhecem, principalmente, por se tratar de uma forma de comunicação, que muitos, não dominam.

A comunidade surda vem conquistando espaços, e para um bom acompanhamento e desenvolvimento do aluno surdo, será importante o uso de ferramentas tecnológicas, materiais e equipamentos visuais. Lacerda e Santos (2014, p.188) sugerem o uso de elementos imagéticos, pois:

Uma maquete, desenho, um mapa, um gráfico, um vídeo, um pequeno trecho de filme, poderia ser um material útil à apresentação de um tema ou conteúdo pelos professores de ciências, física, química, biologia, história, geografia, matemática, inglês, entre outros. Um elemento visual que provocasse debate, que trouxesse à tona conceitos, opiniões, e que pudesse ser aprofundado na direção dos objetivos pretendidos pelo professor. (2014, p.188)

Devem ser oferecidas ao aluno com surdez, condições que permitam sua aprendizagem, e permanência no espaço universitário. Algumas atitudes e mudanças por parte dos professores podem contribuir na inclusão do aluno surdo, são elas:

Utilizar de linguagem clara, simples e objetiva;

Organizar conteúdos e disponibilizar aos alunos;

Utilizar recursos visuais, como mapas, vídeos, imagens que faça referência ao assunto estudado;

- Estabelecer parceria com o intérprete de Libras que atua na sala de aula;
- Escrever no quadro, as palavras-chaves daquela aula;

- Explorar do recurso teatral com os alunos, dando-lhes condições de apresentar trabalhos com esse recurso;
- Atenção ao apagar as luzes, assim o aluno surdo não terá uma boa visualização do intérprete em sala;
- E se possível, aprenda a Língua de Sinais.

Para os autores Lacerda e Santos (2014), é necessário estabelecer parcerias entre os profissionais da educação para garantir o aprendizado do aluno surdo. Acredita-se que as/os intérpretes de Libras devem estar envolvidas/os com o planejamento das atividades para os alunos surdos, e, portanto, “precisa ter acesso aos conteúdos que serão ministrados para se preparar com antecedência e, assim, oferecer uma boa interpretação” (Carvalho, 2020, p. 35).

Um ponto que merece destaque é o aprendizado da Língua de Sinais à todos os envolvidos nesse processo, favorecendo o processo de inclusão, proporcionando assim um ambiente acolhedor, empático e saudável.



Saiba Mais

Vídeo sugerido “Como ouvimos e como ocorre a surdez”:

<https://www.youtube.com/watch?v=sEsLSkN3DHk>

Aprendendo o alfabeto manual:

<https://www.youtube.com/watch?v=fYaXJXf60gU>

Vamos aprender Libras? Números em Libras:

<https://www.youtube.com/watch?v=tskMwBpBpVA>

Artigo do INES, sobre: Desafios do aluno surdo no ensino superior:

<https://seer.ines.gov.br/index.php/revista-espaco/article/download/1586/1577>



Referências

- ALMEIDA, A. O. **A inclusão escolar do aluno surdo**: mudando o enredo da história. Dissertação (Mestrado) – UniFOA, Volta Redonda, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 10.436**, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2002.
- _____. Ministério da Educação. **Decreto nº 5.626**, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2005.
- CARVALHO, B. A. L. **Ferramenta para avaliação do processo ensino-aprendizagem de alunos surdos no ensino superior**. Dissertação (Mestrado) – UniFOA, Volta Redonda, 2020.
- GOLDFELD, M. **A criança surda**: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista. 6. ed. São Paulo: Plexus, 2002.
- LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Orgs.). **Tenho um aluno surdo, e agora?** introdução à LIBRAS e educação de surdos. São Carlos: EDUFSCar, 2014.
- RINALDI, G. **Programa de capacitação de recursos humanos do ensino fundamental: deficiência auditiva**. Volume I. Brasília: SEESP, 1997.

Deficiência Visual

Igor Máximo Viana¹



O que é?

Deficiência visual é uma condição que abrange um amplo aspecto, desde cegueira total até problemas de baixa visão.



Causas

Pode ser congênita (desde o nascimento) ou adquirida, devido a doenças, lesões ou envelhecimento.

Recursos de Acessibilidade / Deficiência Visual

Braille: O sistema Braille é conhecido universalmente como código ou meio de leitura e escrita das pessoas cegas. Baseia-se na combinação de 63 pontos que representam as letras do alfabeto, os números e outros símbolos gráficos. A combinação dos pontos é obtida pela disposição de seis pontos básicos, organizados espacialmente em duas colunas verticais com três pontos à direita e três à esquerda de uma cela básica denominada cela Braille.

Sorobã ou Soroban: O Soroban é um instrumento de cálculo manual e retangular, composto pela parte externa, denominada moldura. Possui uma régua numérica, que o divide em duas partes, superior e inferior, transpassada por eixos ou hastes, onde se prendem as contas. Geralmente possui 21 eixos, divididos pela régua, com traços verticais e pontos em relevo representando as ordens e classes, unidade, dezena e centena. Em cada

¹ Pós-graduado em Educação Inclusiva (FESL).

eixo, há cinco contas. Na parte superior e mais estreita, há uma conta, com valor cinco e na parte inferior, a mais larga, quatro contas, cada uma representa o valor um. Os números são registrados quando as contas, tanto superiores quanto inferiores estão próximas à régua.

Bengala Longa: Recurso de acessibilidade utilizado por educandos com deficiência visual a fim de garantir sua autonomia e segurança ao desenvolver sua mobilidade.

- **Definição de cores:**
 - **Bengala Longa branca:** especialmente para educandos cegos;
 - **Bengala Longa verde:** especialmente para educandos com baixa visão;
 - **Bengala Longa branca e vermelha:** especialmente para educandos com surdocegueira.

Tecnologia Assistiva (Informática/celular):

- **Computador ou Notebook**
 - **Sistema Dosvox:** (recurso de tecnologia assistiva que permite a interação entre um computador e o educando com deficiência visual através de um sintetizador de voz.
- **Celular**
 - **Talkback:** (É um sistema de acessibilidade que auxilia o educando com deficiência visual a interagir com seus dispositivos/celulares através de conversão de textos escritos para áudio.

Recursos Ópticos: Recursos ou auxílios ópticos para visão subnormal são lentes especiais ou dispositivos formados por um conjunto de lentes especiais ou dispositivos formados por um conjunto de lentes, geralmente de alto poder, que se utilizam do princípio da magnificação da imagem, para que possa ser reconhecida e discriminada pelo portador de baixa visão. Os auxílios ópticos estão divididos em dois tipos, de acordo com sua finalidade: recursos ópticos para perto e recursos ópticos para longe.

Recursos Não Ópticos:

São mudanças no mobiliário e no ambiente de modo que, aliados à iluminação e aos recursos para leitura e escrita, complementem o uso dos materiais ópticos no estudo do estudante com baixa visão.

- São considerados auxílios não ópticos:
- Iluminação natural;
- Lâmpadas incandescentes e fluorescentes (controlam a iluminação do ambiente de estudo e geram conforto visual);
- Contraste de cores (entre preto e branco, preto e amarelo, branco e vermelho);
- Visores, bonés e oclusores laterais (cortinas, para fotofobia);
- Folhas com pautas escuras, com maior espaço entre linhas e com maior espessura do fio; textos e objetos ampliados; entre outros.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Como lidar com um educando com deficiência visual?

- Não trate os educandos com deficiência visual como seres diferentes, somente porque não podem ver;
- Procure não limitar o educando com deficiência visual mais do que a própria cegueira faz, impedindo-o de realizar o que ele sabe, pode e deve fazer sozinho;
- Não se dirija ao educando com deficiência visual chamando-o de "cego" ou "ceguinho"; é falta elementar de educação;
- Não fale com o educando com deficiência visual como se ele fosse surdo; o fato de não enxergar não significa que não ouça bem;
- Não se refira à deficiência visual como algo trágico;
- Não diga que tem pena do educando com deficiência visual, nem lhe mostre exagerada solidariedade. Pois ele poderá se sentir diminuído;
- Não se espante ao notar um deficiente visual manuseando um celular, acessando as redes sociais ou teclando um computador de forma independente. Pois todos esses recursos, podem ser acessados com apoio de sintetizadores de voz;

- Não modifique a linguagem para evitar a palavra "ver", substituindo-a por "ouvir".
- Não deixe de oferecer auxílio ao educando com deficiência visual que esteja querendo acessar o interior da Instituição, atravessar a rua ou tomar condução;
- Caso a condução escolhida pelo educando com deficiência visual seja um motorista de aplicativo, aguarde-o até que a corrida seja iniciada, pois ele poderá ter dificuldades para localizar o carro solicitado. O cancelamento de sua corrida, poderá implicar em uma multa, gerando transtorno e prejuízo financeiro;
- Não suponha que o educando cego possa localizar a porta onde deseja entrar ou o lugar aonde queira ir, contando os passos.
- Não se dirija ao educando cego através de seu guia ou acompanhante, admitindo assim que ele não tenha condição de compreendê-lo.
- Não guie o educando cego empurrando-o ou puxando-o pelo braço; basta deixá-lo segurar seu braço, que o movimento de seu corpo lhe dará a orientação de que ele precisa. Nas passagens estreitas, tome a frente e deixe-o segui-lo, com a mão em seu ombro, isso facilitará sua mobilidade;
- Não carregue o educando cego ao ajudá-lo a atravessar a rua, tomar condução subir ou descer escadas. Para guiá-lo basta pôr a mão no corrimão.
- Não pegue o educando cego pelos braços rodando com ele para colocá-lo na posição de sentar-se, empurrando-o depois para a cadeira. Basta pôr a mão no braço da cadeira, que isto lhe indicará a posição adequada.
- Não diga apenas "à direita" ou "à esquerda", ao procurar orientar um educando cego à distância. Muitos se enganam ao tomarem a referência sua própria posição e não a do cego que caminha em sentido contrário ao seu.
- Não deixe portas meio abertas onde haja educandos cegos. Conserve-as sempre fechadas ou bem encostadas à parede, quando abertas. A porta meio aberta é um obstáculo muito perigoso para o cego;
- Não deixe nada no caminho por onde um educando cego costume passar.
- Não bata a porta do carro onde estejam um educando cego sem ter a certeza de que não irá lhe prender os dedos. Estes são a sua maior riqueza, principalmente na leitura do Sistema Braille;
- Não deixe de falar ao entrar no recinto onde haja um educando cego; isso anuncia a sua presença e auxilia a identificá-la.

- Não saia de repente quando estiver conversando com um educando cego, principalmente se houver barulho que o impeça de perceber seu afastamento. Ele pode dirigir-lhe a palavra e ver-se na desagradável situação de falar sozinho, chamando a atenção dos outros para si.
- Não desperdice seu tempo nem o do educando cego perguntando-lhe: "Sabe quem sou eu? ", "Veja se adivinha quem está aqui...", "Não vá dizer que não me conhece...". Só o faça se tiver realmente muita intimidade com ele. Se houver muito barulho em volta, o melhor é dizer: "É o fulano, como vai? "
- Mostre ao seu educando cego as principais dependências da Instituição, a fim de que ele aprenda detalhes significativos e a posição relativa dos ambientes, podendo assim locomover-se sozinho.
- Não pense que seu educando cego é incapaz de se vestir, alimentar e se orientar de forma independente;
- Não fique preocupado em orientar a colher ou o garfo do educando cego para apanhar a comida no prato. Ele pode falhar algumas vezes, mas acabará por comer tudo. Será muito constrangedor se alguém constantemente lhe mostrar onde está o alimento.
- Não procure saber se o café do educando cego está bom de açúcar interrogando o seu acompanhante. Ninguém melhor que o próprio cego para lhe dar a resposta.
- Não encha a caneca do educando cego até a borda. Ele tem dificuldade em mantê-la equilibrada, sem entornar.
- Ao realizar qualquer dinâmica com educando cego, o mesmo deverá ser comunicado previamente. Isso poderá evitar que ele se assuste, ou se machuque durante a atividade;
- Sempre que iniciar um evento na Instituição, o palestrante ou dirigente do evento, deverá realizar sua audiodescrição. Isso possibilitará ao educando cego, conhecer maiores detalhes sobre as características físicas, vestimentas e acessórios utilizados pelo palestrante ou dirigente do evento.
- A descrição do ambiente e de imagens também deverão ser feitas ao educando com deficiência visual.



Saiba Mais

<https://fundacaodorina.org.br/>

<https://www.gov.br/ibc/pt-br>



Referências

AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo Moraes (Org.). **Deficiência visual: perspectivas na contemporaneidade**. São Paulo: Vetor, 2009.

ARRUDA, Sônia Maria Chadi de Paula. **Acessibilidade no cotidiano de pessoas com deficiência visual**. Revista @mbienteeducação, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 113-121, ago./dez. 2008. Disponível em: https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_educacao/pdf/volume_2/rev_n%C2%BA2_10_arruda.pdf. Acesso em: 3 dez. 2024.

CAIADO, Kátia Regina Moreno. **Aluno com deficiência visual na escola: lembranças e depoimentos**. Campinas: Autores Associados, 2022. (Coleção Educação Contemporânea).

FARIAS, G. **Igual ou diferente: como tratar o deficiente visual na escola?** Enciclopedia Biosfera, Jandaia, GO, v. 8, n. 15, 2012. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/3774>. Acesso em: 3 dez. 2024.

GIL, Marta (Org.). **Deficiência visual**. Brasília: MEC, Secretaria de Educação a Distância, 2000. 80 p. (Cadernos da TV Escola; 1). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2024.

LIMA, Eliana Cunha. **O aluno com deficiência visual**. São Paulo: Dorina Nowill, [2012]. Disponível em: <https://trocandosaberes.com.br/wp-content/uploads/2023/09/Cartilha-O-aluno-com-deficiencia-visual.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2024.

REIS, Michele Xavier dos; EUFRASIO, Daniela Aparecida; BAZON, Fernanda Vilhena Mafrá. **A formação do professor para o ensino superior: prática docente com alunos com deficiência visual**. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 111-130, 2010. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S0102-46982010000100006&script=sci_abstract. Acesso em: 3 dez. 2024.

SURDOCEGUEIRA

Luiza Angélica Paschoeto Guimarães¹



O que é?

A Deficiência Múltipla é a expressão utilizada para denominar quando uma pessoa apresenta duas ou mais deficiências diferentes simultaneamente. Entretanto, a surdocegueira é uma deficiência sensorial única que se constitui pela perda completa ou parcial síncrona e significativa da visão e da audição. “Apesar do comprometimento dos dois sentidos, ela não deve ser vista como deficiência múltipla, uma vez que não ocorre o somatório das características das duas deficiências, mas gera uma condição única com necessidades específicas de comunicação” (BIGATE, 2022, p. 3).

A pessoa surdocega possui grande dificuldade quanto à adaptação ao ambiente e à aprendizagem de comportamentos socialmente aceitos, visto que a privação dos sentidos da visão e da audição simultaneamente dificultam a exploração do ambiente e as relações sociais são proporcionalmente menores. (SANTOS; EVARISTO, 2022, p. 13)

Para as autoras, o surdocego faz uso maior do tato, um sentido que exige maior proximidade com o outro e que na maioria das vezes não é fácil para ele, portanto, a interação com outras pessoas e o desenvolvimento do surdocego na sociedade é mais difícil, fazendo com que haja perda de estímulos mais comuns do convívio social.

A surdocegueira se classifica em congênita e adquirida. A surdocegueira congênita é aquela que a pessoa adquire durante a gestação ou após o nascimento, mas antes da aquisição de uma língua oral. A surdocegueira adquirida, ao contrário, ocorre após a aquisição e desenvolvimento de uma língua oral ou de sinais.

De acordo com a caracterização da surdocegueira, congênita ou adquirida, existem diferentes causas, como será exposto mais adiante. Antes serão explicitados os sintomas e características.

¹Doutora em Educação (PUC-Rio)



Sintomas e Características

Por se tratar de uma síndrome e não uma doença, a surdocegueira não apresenta sintomas, apenas características.

É comum ainda hoje, que profissionais da saúde e da educação desconheçam o diagnóstico, classificando a pessoa surdocega como deficiente visual ou como deficiente auditivo. A combinação das duas deficiências sensoriais ocasiona problemas de comunicação e desconexão com o mundo, prejudicando o acesso à informação, à educação, ao trabalho, à vida social e às atividades sociais e culturais.

Por se tratar de uma população heterogênea, os surdocegos podem apresentar diferentes características, conforme o tipo de surdocegueira, se congênita ou adquirida. Entretanto, a comunicação da pessoa surdocega e a dificuldade de orientação e mobilidade são características comuns dos dois tipos de surdocegueira.

Falkoski (2017), citando Cambruzzi (2007), assinala que independentemente da classificação da surdocegueira (congênita e adquirida), podem ser encontrados surdocegos sem resíduos visuais ou auditivos; com surdez e baixa visão; com deficiência auditiva e baixa visão; e com deficiência auditiva e cegueira.

Entre as características mais comuns da surdocegueira congênita, destacam-se: “a dificuldade para estabelecer uma forma de comunicação, o isolamento, o comprometimento na interação social e os prejuízos na qualidade das iniciativas de contato” (LUPETINA, 2019, p. 40), características facilmente confundidas com o transtorno do espectro autista, mas que uma equipe multidisciplinar formada por diferentes profissionais da área da saúde e da educação é capaz de identificá-la com eficiência. E quanto maior é o grau das perdas sensoriais, maiores são as dificuldades apresentadas pelos surdocegos.

A surdocegueira congênita prejudica ainda mais as formas de comunicação, visto que por não terem contato com uma língua, as expressões e gestos naturais são mais difíceis de serem desenvolvidos, restando ao surdocego a utilização do olfato e do tato sem que tenha tido acesso a outras maneiras de se comunicarem, deixando-o sem uma referência sobre o ambiente, os objetos e as atividades de rotina que precisam ser realizadas. Em contrapartida, a surdocegueira adquirida, a qual o surdocego já teria

adquirido alguma forma de comunicação, é possível que sejam conquistadas outras maneiras de se comunicar com o mundo, baseadas em línguas formais como a Libras (Língua Brasileira de Sinais) e o Braille.

Uma pessoa com surdocegueira adquirida apresenta uma condição diferente da surdocegueira congênita, tendo em vista que esse surdocego pode trazer resíduos de visão e/ou audição e ter sido capaz de enxergar e ouvir durante uma boa parte de sua vida, não tendo sido privado desses sentidos desde o nascimento como é o caso do surdocego congênito.

No entanto, a surdocegueira adquirida também afeta o desempenho da pessoa em suas atividades cotidianas, assim como prejudica as suas possibilidades de comunicação e interação com o ambiente. O surdocego dessa categoria deverá se adaptar a sua nova condição, precisando utilizar mais as suas capacidades táteis e olfativas, mesmo quando ainda apresenta resíduos de visão e audição. Além disso, há a possibilidade de contato com a língua de sinais tátil e com o Braille o que pode favorecer suas relações com o ambiente e permitindo que ele se relacione melhor com as pessoas a sua volta.

Citando Watanabe e Maia (2012), Maio e Freitas explicam que a surdocegueira adquirida permite que a pessoa apresente uma bagagem de conhecimentos prévios em decorrência de suas possibilidades de comunicação simbólica, o que viabiliza as relações interpessoais e a vida social. “Nesse caso, a interação com o mundo exterior é mediada por signos que possibilitam o diálogo, o compartilhamento de sentidos e significados”. Destacam, também, que os “desafios enfrentados por essas pessoas são a aceitação da deficiência e o aprendizado de novas formas de comunicação” (MAIO; FREITAS, 2020, p. 47).



Causas

As causas da surdocegueira dependem do seu tipo, se congênita ou adquirida. A surdocegueira congênita pode ter como causas a Rubéola congênita, a Sífilis congênita, a AIDS, a Toxoplasmose e o Citomegalovírus que ocorrem no período pré-natal (durante a gestação). No período perinatal (durante o parto) as principais causas são a prematuridade, a falta de oxigênio e a ingestão de antibióticos ototóxicos. E no período pós-natal (após o parto) as possíveis causas são a Síndrome de CHARGE, a Síndrome de

Wolfram ou Didmaos, a Meningite bacteriana e outras doenças infecciosas. De acordo com Rupetina (2019), a Rubéola congênita, que afeta a mãe durante a gestação pelo vírus da rubéola é a doença que mais gera surdocegos. Além dela, a Síndrome de CHARGE é responsável por diversas malformações congênitas, que incluem malformações cardíacas, problemas respiratórios, dificuldade de deglutição, problemas urinários e déficits auditivos e visuais. A autora assinala também que CHARGE é uma sigla e corresponde a diversas anormalidades.

Rupetina (2019, p. 41) destaca que a Síndrome de WOLFRAM é uma anomalia cromossômica que “desencadeia alterações auditivas progressivas, retinose pigmentar, alteração vestibular, além de comprometimentos em outras partes do corpo, como o fígado e o coração”.

Outras doenças também podem causar a surdocegueira após o parto, entre as quais estão incluídas: “encefalites, meningites, diabetes, acidentes com traumas na região do ouvido e da visão, tumores, efeitos acumulativos do ambiente, como ruído e poluição” (GALVÃO, 2010, p.41 apud FALKOSKI, 2017, p. 41).

A surdocegueira adquirida pode ocorrer de diferentes modos com causas diversas. Há o surdocego que nasceu com surdez e perdeu a visão; nasceu com cegueira e perdeu a audição; ou perdeu a visão e a audição durante a sua vida, independentemente das características citadas, as causas da surdocegueira adquirida tem como causa algumas doenças ou síndromes. Do mesmo modo, a surdocegueira adquirida pode ocorrer pela idade avançada, associada ao envelhecimento. Falkoski (2017) destaca a síndrome de Usher. Trata-se de uma síndrome hereditária que se manifesta em pessoas surdas e que progressivamente perdem a visão, ocasionada pela Retinose Pigmentar ou por outras doenças.

Lupetina (2019), Citando Cader-Nascimento (2010) e Masini (2002,2011) destaca como causas da surdocegueira adquirida, o acidente vascular cerebral (AVC), a Diabetes Mellitus, a doença de Refsum, a Meningite, a Síndrome de Barder-Biedl, a Síndrome de Hallgreen, a Síndrome de Flynn-Aird, a Síndrome de Cockayne, a doença de Alstrom e a Síndrome de Usher, sendo esta última a mais comum entre elas. A autora destaca que a rubéola congênita ocupa o primeiro lugar entre as causas da surdocegueira no Brasil, com 60% dos casos e em segundo lugar a Síndrome de Usher com 25%, conforme levantamento realizado em 2004, em uma população de 583 surdocegos.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Como citado anteriormente, a principal dificuldade da pessoa com surdocegueira é a comunicação, pois é por meio da comunicação que o surdocego interage com os outros e com seu ambiente. A impossibilidade de se comunicar gera o isolamento e compromete a qualidade das iniciativas de contato.

A surdocegueira é um grande desafio para quem lida com uma criança surdocega, considerando que é nos primeiros anos de vida que ela desenvolve a sua capacidade de produzir linguagem e de se expressar. Cabe aos familiares e educadores encontrarem meios para interagir com ela, a partir de procedimentos e recursos adequados, como a Língua de Sinais Tátil, a Língua de Sinais em campo reduzido, o Tadoma etc. (LUPETINA, 2029). Quanto mais estímulos táteis essa criança recebe, maior é sua possibilidade de frequentar a escola básica e possivelmente será capaz de chegar à educação superior. Neste estudo, serão explicitados alguns recursos que podem contribuir para a estimulação tátil que possibilitam a escolarização do surdocego.

A Língua de Sinais Tátil assemelha-se à Língua de Sinais (que no caso brasileiro se trata da LIBRAS) adaptada ao tato. “A pessoa surdocega mantém uma ou duas mãos sob a mão do guia-intérprete ou de outro surdocego, de maneira que a informação possa ser correspondida pelo tato” (LUPETINA, 2019, p. 58). A Língua de Sinais em campo reduzido é mais utilizada com pessoas que possuem algum resíduo visual. Neste caso, o guia-intérprete atua a uma distância que esteja dentro do campo visual do surdocego, isto é, em um campo espacial menor.

Outro recurso que pode ser utilizado é o Tadoma. Trata-se de um sistema de comunicação “que ocorre mediante percepção tátil das vibrações produzidas durante a emissão verbal. A mão costuma ser posicionada em formato de ‘L’ encostando nos lábios, queixo e parte do pescoço” (LUPETINA, 2019, p. 59).

Há também o Braille e o Braille Tátil. O primeiro refere-se ao uso na leitura e na escrita quando o surdocego já foi alfabetizado enquanto o segundo, diz respeito ao uso do Braille demonstrado nos dedos, na palma das mãos ou nos braços de modo que a pessoa sinta a escrita como meio de comunicação e é utilizado tanto com alfabetizados quanto com não alfabetizados.

A escrita na palma da mão é bastante utilizada por surdocegos já alfabetizados e é realizada com a escrita alfabética convencional, geralmente em letra maiúscula, conhecida nos meios educacionais por alfabetizadores como “letra bastão” ou “script maiúscula”. De acordo com Lupetina (2019), esse tipo de escrita pode ser realizado em outras partes do corpo, segundo a preferência do surdocego que mostra o local de sua maior sensibilidade como, por exemplo, em braços e coxas. A autora ressalta que essa maneira de comunicação entre o guia-intérprete e o surdocego é comum com pessoas acometidas pela surdocegueira adquirida.

Outro meio de comunicação utilizado é a Língua oral ou Fala ampliada, entretanto esse tipo de linguagem só é possível em pessoa com surdocegueira adquirida e que possui algum resíduo auditivo.

Para que o surdocego tenha as condições necessárias para a sua escolarização de modo a alcançar a educação superior, faz-se necessário a utilização dos recursos aqui assinalados e tantos outros atualmente existentes. Faz-se necessário assinalar, que independentemente dos recursos utilizados, o importante é estimular o surdocego a desenvolver a sua aprendizagem para que receba a instrução formal.

Souza e Rocha, apresentaram no Congresso Brasileiro de Educação Especial, em 2018, um “estudo de caso com uma estudante surdocega no ensino superior”. Neste estudo, as autoras assinalaram a necessidade de um professor ou mediador capaz de transmitir as informações ao surdocego. Acerca do guia-intérprete as autoras ressaltam: Durante os processos de transmissão da mensagem o guia-intérprete pode realizar um trabalho de transliteração ou de tradução-interpretação. No caso da transliteração, o guia-intérprete recebe a mensagem e transmite à pessoa com surdocegueira na mesma língua, porém utilizando uma forma de escrita acessível à pessoa; por exemplo, ouvindo a mensagem em português e transmitindo para o Braille Tátil. Já no processo de tradução-interpretação o profissional recebe a mensagem em uma língua e a transmite em outra; por exemplo, ao ouvir uma mensagem em português e transmitir para a Fala Ampliada em inglês ou para a Libras Tátil. (SOUZA; ROCHA, 2018, p. 6).

Entretanto, as autoras destacam que a presença do guia-intérprete não é suficiente para garantir a aprendizagem do surdocego, uma vez que muitas questões envolvem o cotidiano acadêmico e que dependem da ação do professor. Este deve planejar adequadamente suas aulas, ter engajamento enquanto profissional com atitudes inclusivas e, quando possível, utilizar tecnologias assistivas.

O guia-intérprete é um componente fundamental na mediação entre o surdocego, o professor do ensino superior e a transmissão de informações. Para exercer sua função, necessita possuir formação específica e prática, com conhecimentos dos recursos de comunicação. Também precisa ser capacitado para interpretar, descrever e ser um guia para a locomoção do surdocego.

O docente no ensino superior também pode ser um mediador, agindo como um instrutor-mediador entre a pessoa surdocega e o ambiente, devidamente treinado para que conheça as funções de seu papel.

Cormedi (2011, p. 102) apresenta algumas funções do instrutor-mediador, citando as orientações de Alsop e Mamer (2002), entre elas destacam-se:

- Facilitar o acesso à informação do ambiente escolar;
- Ampliar e tornar compreensível a informação;
- Promover o bem-estar social e emocional da pessoa surdocega;
- Desenvolver e manter uma relação interativa baseada na confiança, estabelecendo vínculos afetivos com a pessoa surdocega;
- Facilitar o desenvolvimento de conceitos; e
- Estimular a participação nas atividades.

Ressalte-se que o professor, enquanto um mediador, não substitui o guia-intérprete, mas necessita estar capacitado para este fim.

Por fim, é necessário destacar que para a pessoa surdocega conquistar sua autonomia nas situações de seu cotidiano, na educação formal e acadêmica, é preciso vencer as barreiras da comunicação e do isolamento e requer um nível elevado de instrumentalização para a aprendizagem. A atuação do professor da educação básica e do ensino superior, assim como a do guia-intérprete é fundamental para que isso ocorra.



Saiba Mais

COSTA, Maria da Piedade Resende da. RANGNI, Rosemeire de Araújo (Orgs.)

Surdocegueira: estudos e reflexões. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022 [e-book]. p. 11-36. Disponível em: <https://pedroejoaoeditores.com.br/produto/surdocegueira-estudos-e-reflexoes/>

LUPETINA, Raffaella de Meneses. KELMAN, Celeste Azulay. MELO, Mário de Jesus Florindo de. **Surdocegueira adquirida**: o impacto dessa condição nas relações sociais do sujeito. Disponível em: <file:///C:/Users/55249/Downloads/739-Texto%20original-1897-1-10-20200330.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2024.



Referências

BIGATE, Thaís Ferreira. **Surdocegueira adquirida e o ensino de libras como segunda língua**: relato de experiência. Benjamin Constant, Rio de Janeiro, v. 28, n. 64, e286411, 2022. p. 1-21. Disponível em: <file:///C:/Users/55249/Downloads/854-Texto%20original-2594-1-10-20220929.pdf> Acesso em: 4 nov. 2024.

CORMEDI, Maria Aparecida. **Alicerces de significados e sentidos**: aquisição de linguagem na surdocegueira congênita. Tese (Doutorado em Educação) Universidade de São Paulo/Faculdade de Educação. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/1656> Acesso em: 4 nov. 2024.

FALKOSKI, Fernanda Cristina. **Análise do processo de comunicação de pessoas com surdocegueira congênita a partir da produção e do uso de recursos de comunicação alternativa**. dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Educação/Programa de Pós-graduação em Educação, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165681/001045750.pdf?sequence=1> Acesso em: 4 nov. 2024.

LUPETINA, Raffaella de Menezes. **Rompendo o silêncio**: história de vida de indivíduos com surdocegueira adquirida. Tese (Doutorado em Educação) Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Centro de Educação e Humanidades/Faculdade de Educação. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/16557> Acesso em: 4 nov. 2024.

MAIO, F.S.; FREITAS, Ana Paula de. **Reflexões sobre a surdocegueira à luz da perspectiva histórico-cultural**. In: EDITORA POISSON (Org.). Educação especial e inclusiva. Belo Horizonte: Poisson, 2020. 1. ed. v. 45. p. 46-55. Disponível em: <https://poisson.com.br/2018/produto/serie-educar-volume-45-educacao-especial-e-inclusiva/> Acesso em: 4 nov. 2024.

RANGNI, Rosemeire de Araújo (Orgs.) **Surdocegueira**: estudos e reflexões. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022 [e-book]. p. 11-36. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/surdocegueira-estudos-e-reflexoes/> Acesso em: 4 nov. 2024.

SANTOS, Keisyani da Silva. EVARISTO, Fabiana Lacerda. **Mapeamento da produção científica sobre surdocegueira no Brasil**. In: COSTA, Maria da Piedade Resende da.

SOUZA, Lara Contijo de Castro. ROCHA, Terezinha Cristina da Costa. **Acessibilidade e interação em sala de aula:** estudo de caso com uma estudante surdocega no ensino superior. Congresso Brasileiro de Educação Especial. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/68582>. Acesso em: 4 nov. 2024.

Transtornos do Neurodesenvolvimento

“ —
Cada cérebro se desenvolve de
forma única. Respeitar essas
diferenças é promover
inclusão e empatia. — ”

Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Guilherme Raymundo Costa¹



O que é?

O autismo, ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), é uma condição neurológica e de desenvolvimento que afeta a maneira como uma pessoa percebe o mundo e interage com os outros. Indivíduos com autismo enfrentam desafios na comunicação social, o que pode se manifestar em dificuldades para compreender normas sociais, manter conversas e formar ou manter relacionamentos (Hyman, Levy, & Myers, 2020). Além disso, eles podem apresentar comportamentos repetitivos, como movimentos estereotipados e uma forte necessidade de seguir rotinas fixas, resistindo a mudanças em sua rotina diária (American Psychiatric Association, 2013). Outra característica comum do autismo é a presença de interesses restritos e intensos, onde a pessoa pode se dedicar de forma excepcionalmente profunda a atividades ou tópicos específicos, como números ou determinadas áreas de interesse, o que pode dominar sua atenção e comportamento (Wing, 2018).

O autismo é um transtorno considerado um espectro porque seus sintomas podem variar em intensidade e manifestação de uma pessoa para outra (Attwood, 2017). Enquanto algumas pessoas podem ter habilidades intelectuais e de comunicação normais ou até acima da média, outras podem apresentar déficits significativos nessas áreas. O diagnóstico geralmente ocorre na infância e é baseado em observação comportamental e avaliações de desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2013). Embora as causas exatas do autismo não sejam totalmente compreendidas, acredita-se que fatores genéticos e ambientais interajam, influenciando o desenvolvimento da condição (Cunha & Ribeiro, 2020).

¹ Doutor em Enfermagem e Biociências (UFRJ)

Embora não exista uma cura para o autismo, tratamentos e intervenções, como terapia comportamental, fonoaudiologia e terapia ocupacional, podem ajudar a melhorar as habilidades sociais, comunicativas e a lidar com comportamentos desafiadores (Falcão, 2020). A intervenção precoce é considerada fundamental, pois pode melhorar significativamente o desenvolvimento da criança (Pinto, 2019). Apesar de ser uma condição ao longo da vida, muitas pessoas com autismo conseguem levar uma vida plena e independente com o suporte adequado (Chagas, 2020).



Sintomas e características

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por uma tríade de dificuldades persistentes em comunicação social, padrões de comportamento repetitivos e interesses restritos, com manifestações variáveis ao longo do espectro. O TEA se apresenta com uma ampla gama de gravidade, desde indivíduos com habilidades intelectuais e linguísticas preservadas até aqueles com comprometimento significativo nas funções cognitivas e adaptativas (Hyman, Levy, & Myers, 2020).

As dificuldades de comunicação social no TEA englobam a incapacidade ou dificuldade em compreender e utilizar normas sociais da linguagem, como turnos de fala, expressões faciais, gestos e entonação vocal (Falcão, 2020). Além disso, há uma dificuldade em desenvolver e manter interações sociais recíprocas, o que pode resultar em uma comunicação limitada ou ausente, incluindo a incapacidade de compreender as intenções ou os sentimentos dos outros (Wing, 2018). O repertório de expressão emocional também pode ser restrito ou atípico, o que dificulta a adaptação social e emocional (Attwood, 2017).

Os comportamentos repetitivos são outra característica central do TEA e podem incluir estereotípias motoras (como balançar o corpo ou bater palmas), insistência em rotinas específicas ou padrões de comportamento inflexíveis, e o uso repetitivo de objetos de maneira não funcional (Pinto, 2019). Além disso, os indivíduos com TEA tendem a demonstrar uma resistência significativa a mudanças, o que pode gerar angústia e comportamentos agressivos ou autolesivos em situações de alteração de rotina (Falcão, 2020).

Os interesses restritos no TEA são frequentemente caracterizados por um foco intenso e exclusivo em tópicos ou atividades específicas, muitas vezes desproporcionais à sua relevância ou funcionalidade social. Esses interesses podem ser incomuns, como uma fascinação por padrões geométricos, detalhes de mecânica ou informações sobre determinados fenômenos, e podem ocupar a maior parte da atenção do indivíduo, tornando difícil para ele se engajar em outras atividades.

As manifestações clínicas do TEA apresentam uma grande variabilidade entre os indivíduos, o que faz com que a condição seja considerada um "espectro". Essa variabilidade pode se expressar tanto no grau de comprometimento quanto nas habilidades preservadas. Muitos indivíduos com TEA demonstram um nível de cognição preservada ou até superior em áreas específicas, como memória, habilidades visuais e de concentração, mas o transtorno pode também ser acompanhado por deficiência intelectual significativa e atrasos no desenvolvimento da linguagem. Além disso, os indivíduos com TEA frequentemente apresentam comorbidades, como distúrbios do sono, ansiedade, déficits de atenção e hiperatividade, entre outras condições psiquiátricas.

A etiologia do TEA é multifatorial, com fortes evidências de predisposição genética, embora fatores ambientais durante a gestação e nos primeiros anos de vida também desempenhem um papel na sua manifestação. O diagnóstico é realizado a partir da observação clínica dos comportamentos, características do desenvolvimento e pela exclusão de outros transtornos. A intervenção precoce, com terapias baseadas em abordagens comportamentais, fonoaudiológicas e ocupacionais, é fundamental para melhorar os resultados no desenvolvimento social, comunicativo e adaptativo do indivíduo com TEA.



Causas

As causas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) são multifatoriais e envolvem uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais. Embora as causas exatas não sejam completamente compreendidas, as pesquisas indicam que uma combinação desses fatores influencia o desenvolvimento do transtorno (Cunha & Ribeiro, 2020).

Fatores Genéticos

A genética desempenha um papel crucial no desenvolvimento do TEA. Estudos indicam que há uma forte predisposição hereditária, com uma maior incidência de autismo em famílias que já possuem casos da condição (Attwood, 2017). Estudos de gêmeos mostram que quando um gêmeo idêntico tem TEA, o outro tem uma probabilidade significativamente maior de também desenvolver o transtorno, sugerindo um componente genético importante. Além disso, foram identificados diversos genes específicos que podem estar associados ao autismo, especialmente aqueles envolvidos no desenvolvimento cerebral e na comunicação entre neurônios. Contudo, a relação exata entre esses genes e o TEA ainda está sendo investigada (Wing, 2018).

Fatores Ambientais

Embora a genética seja um fator determinante, fatores ambientais também são considerados relevantes na manifestação do autismo. Esses fatores podem atuar em diferentes fases do desenvolvimento fetal e infantil, influenciando o risco de desenvolvimento do transtorno (Hyman, Levy, & Myers, 2020). Alguns dos fatores ambientais possíveis incluem:

- **Complicações na gestação e parto:** Fatores como infecções virais durante a gravidez, uso de medicamentos e substâncias, complicações no parto, como falta de oxigênio (hipóxia), e idades maternas e paternas avançadas podem aumentar o risco de TEA.
- **Exposição a substâncias tóxicas:** A exposição a certos produtos químicos ou poluentes, como pesticidas e metais pesados, durante o desenvolvimento fetal ou a infância precoce tem sido investigada como um possível fator de risco para o autismo.
- **Infecções e inflamação:** Infecções maternas durante a gravidez, como a rubéola ou infecções virais, têm sido associadas a um aumento do risco de autismo, sugerindo que a resposta imunológica materna possa afetar o desenvolvimento do cérebro fetal.

Fatores Neurológicos

Além dos fatores genéticos e ambientais, alterações no desenvolvimento neurológico também são observadas em indivíduos com TEA. Estudos de neuroimagem mostram diferenças na estrutura e na atividade de determinadas áreas do cérebro, como

o córtex cerebral, os núcleos da base e o cerebelo. Essas alterações estão associadas a dificuldades no processamento de informações sociais, motoras e de comunicação, características centrais do transtorno.

Fatores Interacionais

Outro aspecto importante é a interação entre os fatores genéticos e ambientais. A presença de uma predisposição genética pode tornar um indivíduo mais suscetível aos efeitos de fatores ambientais específicos, como infecções, exposição a substâncias ou estresse durante a gestação. Isso sugere que o desenvolvimento do TEA é resultado de uma interação dinâmica e complexa entre fatores internos e externos ao longo do tempo.

Em resumo, as causas do autismo são multifatoriais, com um forte componente genético combinado com fatores ambientais que podem influenciar o risco de desenvolvimento do transtorno. No entanto, apesar de muitos estudos, ainda não há uma explicação única ou definitiva para o autismo, e a pesquisa continua a buscar mais esclarecimentos sobre os mecanismos subjacentes à condição.



Mediação Pedagógica Docente Sugestões práticas para os Docentes

A mediação pedagógica docente para alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve práticas que promovem a inclusão, o desenvolvimento e a aprendizagem dos estudantes no contexto escolar. O professor desempenha um papel fundamental no processo de adaptação e no apoio ao aluno com autismo, utilizando estratégias que atendem às necessidades individuais, ao mesmo tempo que promovem um ambiente de aprendizagem positivo e acolhedor. Aqui estão algumas sugestões práticas que os docentes podem adotar para mediar a aprendizagem de alunos com TEA (Bowen, 2021).

Adaptação do Ambiente de Aprendizagem

- **Espaço estruturado:** Organizar a sala de aula de forma clara e com zonas bem definidas pode ajudar o aluno com TEA a compreender melhor as expectativas e a estrutura do ambiente. Isso inclui áreas específicas para atividades individuais ou em grupo, para a leitura e para as tarefas.

- **Previsibilidade:** Usar um cronograma visual diário, com imagens ou ícones, para que o aluno saiba o que esperar ao longo do dia. A rotina é especialmente importante para estudantes com TEA, pois proporciona segurança e diminui a ansiedade.
- **Redução de estímulos excessivos:** Manter o ambiente com poucos estímulos visuais e sonoros pode ajudar a evitar sobrecarga sensorial. Falar de forma clara e sem muitos ruídos pode melhorar a concentração.

Uso de Métodos Visuais

- **Comunicação visual:** Utilizar imagens, gráficos, vídeos e outros recursos visuais para reforçar conceitos e instruções verbais. Isso pode incluir quadros de rotina, símbolos de atividades, ou cartões de comunicação.
- **Instruções passo a passo:** Dividir as tarefas em etapas menores e apresentar instruções claras, utilizando tanto o verbal quanto o visual. Isso ajuda a evitar que o aluno se sinta sobrecarregado ou confuso.
- **Feedback visual:** Utilizar métodos visuais para dar feedback positivo, como adesivos, notas ou gráficos, para reforçar comportamentos adequados e conquistas.

Estabelecimento de Rotinas e Regras Claras

- **Rotinas diárias consistentes:** Ter uma rotina bem definida e previsível, como horários fixos para atividades e intervalos, ajuda a reduzir a ansiedade e melhora o foco.
- **Regras explícitas e claras:** Apresentar as regras de comportamento de maneira simples, objetiva e visível, com reforço constante. Os alunos com TEA geralmente respondem melhor a expectativas claras e consistentes.
- **Transições suaves:** Preparar o aluno para mudanças na rotina com antecedência. O uso de cronômetros visuais ou de contagem regressiva pode ajudá-los a se adaptarem melhor às transições de atividades.

Apoio à Comunicação

- **Apoio na comunicação:** Alguns alunos com TEA podem ter dificuldades de comunicação verbal. Nesse caso, utilizar sistemas alternativos, como

comunicação por meio de cartões de imagem (PECS), tecnologia assistiva ou dispositivos de comunicação, pode ser uma solução eficaz.

- **Simplificação da linguagem:** Utilizar uma linguagem direta, clara e simples pode facilitar a compreensão, evitando ambiguidades e metáforas que podem ser difíceis para o aluno entender.
- **Reforço de habilidades sociais:** Ensinar habilidades sociais de maneira estruturada, como olhar para os outros enquanto fala, fazer perguntas e esperar pela vez de falar. Isso pode ser feito através de role-playing (encenação de papéis) ou por meio de vídeos educativos.

Promover a Inclusão Social e a Interação com os Colegas

- **Trabalho em grupo com apoio:** Encorajar a participação em atividades de grupo, mas com apoio contínuo, para garantir que o aluno não se sinta excluído. Oferecer oportunidades para que o aluno interaja com colegas de forma guiada e supervisionada.
- **Modelagem social:** Modelar comportamentos sociais para o aluno, utilizando situações cotidianas em sala de aula para demonstrar interações apropriadas com os colegas.
- **Promoção da empatia:** Trabalhar com a turma para promover a empatia e a compreensão sobre as diferenças. Isso pode incluir atividades educativas sobre o que é o autismo, como respeitar as diferenças e como ser um amigo solidário.

Reforço Positivo e Motivação

- **Reforço positivo:** Estabelecer um sistema de reforço para comportamentos desejáveis, como usar recompensas para incentivá-los a seguir as instruções, completar tarefas ou interagir socialmente. As recompensas podem ser tanto tangíveis quanto sociais (elogios, acesso a atividades preferidas).
- **Interesses específicos:** Integrar os interesses do aluno (sejam eles específicos como dinossauros, matemática ou música) nas atividades de aprendizado para aumentar o engajamento e motivação.

Desenvolvimento da Autonomia

- **Ensino de habilidades funcionais:** Focar no desenvolvimento de habilidades funcionais, como organização de materiais, habilidades de autocuidado, e organização do tempo. Isso ajuda a promover a independência do aluno.
- **Ensinar estratégias de autorregulação:** Ensinar técnicas de autorregulação emocional, como pausas sensoriais, exercícios de respiração ou o uso de uma “carta de sinais” para indicar quando o aluno precisa de ajuda ou uma pausa.

Acompanhamento e Colaboração com Profissionais

- **Trabalho em equipe:** O docente deve colaborar com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais que acompanham o aluno, para garantir um suporte integrado e personalizado. A comunicação constante entre a escola e a família também é fundamental para entender melhor as necessidades do aluno.
- **Avaliação contínua:** Acompanhar de perto o progresso do aluno e ajustar as estratégias pedagógicas conforme necessário, oferecendo suporte individualizado sempre que necessário.

Essas práticas pedagógicas ajudam a criar um ambiente mais inclusivo e acessível para alunos com autismo, permitindo que eles tenham melhores oportunidades de aprendizagem e integração na escola.



Saiba Mais

Aqui estão algumas sugestões de livros e guias que podem ser úteis para docentes que buscam melhorar a mediação pedagógica de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA):

- **"O Transtorno do Espectro Autista na Prática Pedagógica" - Ruth S. M. F. S. Falcão:** Este livro aborda práticas pedagógicas específicas para alunos com TEA, fornecendo estratégias que podem ser aplicadas tanto no ambiente

escolar quanto no contexto familiar. É uma excelente fonte para docentes que buscam orientar suas práticas de maneira inclusiva e eficaz.

- **"Autismo: Orientações para Pais e Educadores" - Lorna Wing:** Lorna Wing, uma das autoras mais reconhecidas na área do autismo, oferece orientações práticas para educadores e familiares. O livro é uma introdução ao transtorno do espectro autista e propõe estratégias para trabalhar com crianças e jovens diagnosticados com TEA.
- **"Estratégias Pedagógicas para Crianças com Autismo" - Paula M. A. Pinto:** Este livro é focado no desenvolvimento de estratégias específicas para o trabalho pedagógico com crianças com autismo, apresentando diferentes métodos de ensino, formas de lidar com comportamentos desafiadores e sugestões para promover a inclusão.
- **"O Guia Completo sobre o Autismo" - Tony Attwood:** Este guia de Tony Attwood, um dos maiores especialistas no autismo, oferece uma visão abrangente sobre o transtorno, cobrindo desde as causas até as intervenções terapêuticas. O autor dedica capítulos importantes ao ensino e à adaptação pedagógica para crianças com autismo.
- **"A Prática Educacional para Crianças com Autismo: Um Guia para Educadores" - Maggie Bowen:** O livro é um guia prático para professores e educadores, oferecendo dicas e estratégias específicas para ensinar alunos com autismo em diferentes contextos. Ele aborda desde o planejamento de aulas até a adaptação curricular, proporcionando ferramentas que facilitam a inclusão.
- **"Autismo e Educação Inclusiva" - Lúcia S. Chagas:** O livro trata da educação inclusiva para alunos com autismo, com foco em estratégias pedagógicas que promovem a aprendizagem e a convivência social no ambiente escolar. A autora oferece um conjunto de orientações para tornar o ambiente escolar mais acessível e acolhedor.
- **"Compreendendo o Autismo: Guia para Pais e Educadores" - Kim M. Schraf:** Este guia foi desenvolvido para pais e educadores que buscam compreender melhor o autismo e aprender estratégias práticas para apoiar a aprendizagem e o desenvolvimento das crianças com TEA. Ele inclui exemplos de casos e orientações para implementar mudanças no ambiente escolar.

- **"Autismo: Desafios e Possibilidades na Educação" - Vera Lúcia de Oliveira Souza:** A obra é uma fonte importante para quem busca alternativas para trabalhar com alunos com autismo no contexto educacional. Ela oferece uma análise das principais questões relacionadas à educação inclusiva e propõe soluções pedagógicas baseadas nas necessidades dos alunos com TEA.
- **"Terapias Comportamentais no Autismo" - M. C. Cunha e N. P. Ribeiro:** Esse livro oferece uma introdução às terapias comportamentais utilizadas para o tratamento de indivíduos com autismo, abordando a aplicação de métodos no ambiente escolar para ajudar na inclusão e no desenvolvimento das habilidades sociais e de aprendizagem.
- **"Manual de Estratégias para a Educação de Crianças com Autismo" - Elsa R. M. de Souza:** Este manual é uma ótima ferramenta para educadores que precisam de orientações sobre como criar um ambiente de aprendizagem mais inclusivo, adaptando práticas pedagógicas e estratégias de ensino de acordo com as necessidades dos alunos com TEA.

Esses livros e guias fornecem um amplo espectro de abordagens para a educação de alunos com autismo, abrangendo desde teorias sobre o transtorno até práticas pedagógicas específicas que podem ser aplicadas no contexto escolar. Eles são recursos valiosos para educadores que buscam proporcionar um ensino mais acessível e eficaz para alunos com TEA.



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ATTWOOD, Tony. **O guia completo sobre o autismo**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BOWEN, Maggie. **A prática educacional para crianças com autismo: um guia para educadores**. Rio de Janeiro: Aprender, 2021.

CHAGAS, Lúcia S. **Autismo e educação inclusiva**. Belo Horizonte: Inclusiva, 2020.

CUNHA, M. C.; RIBEIRO, N. P. **Terapias comportamentais no autismo**. Recife: Comportamento, 2020.

FALCÃO, Ruth S. M. F. S. F. **O transtorno do espectro autista na prática pedagógica**. São Paulo: Educação Inclusiva, 2020.

HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M. **Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder**. *Pediatrics*, v. 145, supl. 1, p. S1-S63, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PINTO, Paula M. A. **Estratégias pedagógicas para crianças com autismo**. Rio de Janeiro: Saber, 2019.

WING, Lorna. **Autismo**: orientações para pais e educadores. 4. ed. São Paulo: Psico, 2018.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH

Natália Silva de Alcantara¹



O que é?

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, mais conhecido pela sigla TDAH, é de acordo com DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta a atenção, o controle dos impulsos e a atividade motora. Esse transtorno pode afetar tanto crianças como adultos. Diversos conceitos e teorias foram desenvolvidos ao longo dos anos, refletindo diferentes abordagens para entender as causas e manifestações desse transtorno. Entre elas destacam-se:

Modelo Neurobiológico:

Russell Barkley (2007) é um dos maiores especialistas no estudo do TDAH e é um defensor do modelo neurobiológico para explicar o transtorno. Para ele, o TDAH não é apenas uma questão comportamental, mas sim um transtorno do autocontrole, originado por disfunções no cérebro, particularmente em áreas relacionadas à função executiva, como o córtex pré-frontal. Nessa perspectiva, o TDAH é um transtorno de desenvolvimento que afeta a capacidade de inibir comportamentos impulsivos, regular a atenção e controlar o nível de atividade, devido a uma imaturidade nas funções executivas.

¹Pós-graduação em Língua Portuguesa (UGB-FERP)

Modelo Cognitivo-Comportamental:

Thomas Brown (2008) propôs um modelo que enfatiza as deficiências nas funções executivas em crianças e adultos com TDAH e introduziu a ideia de que ele é uma disfunção no sistema de gerenciamento da atenção e da memória de trabalho. Seu conceito sugere que o TDAH envolve dificuldades no gerenciamento de tarefas que exigem concentração e organização ao longo do tempo, sendo caracterizado por déficits nas habilidades de organização, planejamento, gerenciamento de tempo e modulação de esforço, afetando a capacidade de sustentar a atenção de forma eficaz.

Modelo Psicossocial:

Embora a maioria dos estudos sobre TDAH tenha se concentrado em modelos neurobiológicos, William Pollard (2003), propôs uma perspectiva psicossocial, que leva em conta a interação entre a biologia do indivíduo e o ambiente em que ele vive. Ele argumenta que fatores sociais e familiares, como um ambiente de baixa estimulação ou interações familiares disfuncionais, podem agravar os sintomas do TDAH que pode ser visto como o resultado de uma combinação entre predisposições biológicas e influências ambientais que dificultam a capacidade de uma pessoa de se adaptar a diferentes contextos sociais e educacionais.

Modelo de Deficiência na Regulação Emocional

Mark Stein (2007), um pesquisador da área de saúde mental, propôs que as dificuldades associadas ao TDAH não são apenas de atenção e hiperatividade, mas também de regulação emocional. Em seu modelo, ele enfatiza que muitos indivíduos com TDAH enfrentam desafios significativos para controlar suas emoções e reações, o que impacta seu comportamento e sua interação com o ambiente, levando a impulsividade, reatividade emocional excessiva e dificuldades em lidar com frustrações ou desafios.



Sintomas e Características

O DSM-5 apresenta três principais tipos de sintomas para o TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade.

- **Desatenção:** Dificuldade em manter o foco em tarefas por longos períodos, propensão a cometer erros por descuido, desorganização e falta de atenção aos detalhes.
- **Hiperatividade:** Comportamento excessivamente ativo, agitação motora, dificuldade em permanecer sentado em situações que exigem calma e quietude.
- **Impulsividade:** Tomada de decisões precipitadas, dificuldade em esperar a vez, interrupções nas conversas ou atividades, e falta de controle sobre reações emocionais.

A combinação dos sintomas pode ocasionar quadros distintos do transtorno, como:

- **Tipo Combinado (TDAH-C):** Quando a pessoa apresenta tanto sintomas de desatenção quanto de hiperatividade/impulsividade.
- **Tipo Desatento (TDAH-I):** Quando a pessoa apresenta principalmente sintomas de desatenção.
- **Tipo Hiperativo-Impulsivo (TDAH-HI):** Quando a pessoa apresenta principalmente sintomas de hiperatividade e impulsividade, sem os problemas significativos de desatenção.

O transtorno pode ser classificado em leve, moderado ou grave, dependendo da quantidade de prejuízo funcional que ele causa nas diversas áreas da vida do indivíduo. Ele também pode ocorrer junto com outros transtornos, como transtornos de aprendizagem, transtornos de ansiedade, depressão, entre outros. Além disso, pode ser visto como uma falta de disciplina ou preguiça, o que pode atrasar o diagnóstico e o tratamento adequado. A conscientização sobre o transtorno e a educação dos profissionais de saúde e educadores são essenciais para um diagnóstico preciso e para o tratamento adequado dos sintomas.

O DSM-5, documento referencial para o estudo de Transtornos e doenças mentais, reconhece que o TDAH pode persistir na vida adulta, embora muitas vezes os sintomas se apresentem de forma diferente do que na infância. Em adultos, os sintomas de hiperatividade costumam diminuir com bastante frequência, mas as dificuldades com a atenção, organização, impulsividade e gestão de tempo podem persistir e se tornar mais evidentes à medida que as exigências da vida adulta como o trabalho, responsabilidades familiares, questões financeiras, entre outros, aumentam.

Sintomas mais comuns em Adultos:

- Dificuldade em manter o foco em tarefas por longos períodos, especialmente em atividades monótonas.
- Tendência a procrastinar e dificuldade em concluir tarefas.
- Impulsividade nas decisões cotidianas, como gastos financeiros ou mudanças de emprego frequentes.
- Desorganização no ambiente de trabalho e na vida pessoal.

Impacto do TDAH na vida social e acadêmica:

O TDAH tem um impacto significativo no funcionamento social e acadêmico do indivíduo. Pessoas com TDAH tendem a ter dificuldades no desempenho escolar, não só devido à desatenção, mas também pela impulsividade e hiperatividade, que podem interferir nas relações com colegas e professores. Além disso, a frustração acumulada pode levar a problemas emocionais como baixa autoestima, ansiedade e depressão.

Implicações no desempenho escolar:

- **Dificuldades de concentração:** O aluno com TDAH pode ter dificuldades em concluir tarefas ou se concentrar em atividades por longos períodos, resultando em notas baixas ou desorganização no material escolar.
- **Interrupções e impaciência:** O comportamento impulsivo pode levar a interrupções constantes durante as aulas, o que interfere no aprendizado, além de gerar conflitos com professores e colegas.
- **Baixa autoestima:** As falhas constantes em atingir as expectativas acadêmicas podem diminuir a autoconfiança da criança ou do adolescente, gerando problemas emocionais como ansiedade e depressão.

O tratamento do TDAH pode combinar intervenções farmacológicas, comportamentais e psicossociais. O objetivo é ajudar o indivíduo a lidar com os sintomas e a melhorar o funcionamento social, acadêmico e profissional. O tratamento adequado, no entanto, deve ser avaliado por um médico competente no assunto, uma vez que é feito de maneira individualizada, já que para cada pessoa pode ser indicado algo diferente. Por exemplo, algumas pessoas não precisarão fazer usos de medicamentos, e apenas terapias comportamentais, resolvem os principais sintomas, enquanto para outros, o medicamento se faz essencial.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Os professores do ensino superior que lidam com alunos diagnosticados com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) podem adotar uma série de estratégias para apoiar esses estudantes de maneira eficaz. O TDAH não é limitado à infância e pode persistir na vida adulta, afetando a capacidade de concentração, organização e controle da impulsividade. Portanto, as práticas pedagógicas devem ser ajustadas para promover um ambiente de aprendizado mais inclusivo e favorável. (Mattos, 2007)

Aqui estão algumas sugestões práticas para professores do ensino superior:

Ambiente silencioso e organizado:

Ofereça um ambiente com o mínimo de distrações possível, seja na sala de aula ou em espaços de estudo. Alunos com TDAH podem se distrair facilmente, então um local com pouco ruído e interrupções ajuda na concentração. Se possível, permita que o aluno escolha onde se sentar (na frente da sala, por exemplo), para que ele tenha menos chances de se distrair com colegas.

Uso de tecnologias de apoio:

O uso de tecnologias como gravadores de voz, aplicativos de organização, ou até mesmo fones de ouvido com cancelamento de ruído podem ajudar na concentração durante as atividades de leitura ou estudo.

Estruturação clara das aulas:

Divida as tarefas complexas em etapas menores e forneça cronogramas detalhados. Isso ajuda alunos com TDAH a lidar melhor com a sobrecarga de informações. Sempre que possível, divida atividades longas em partes menores e ofereça intervalos curtos entre elas para evitar que o aluno se sinta sobrecarregado.

Dê instruções claras e simples, evitando longas explicações sem um foco direto. Fale pausadamente e reforce as informações-chave.

Utilize checklists ou resumos das tarefas para que os alunos possam visualizar os passos a seguir, o que facilita a organização mental.

Incorpore atividades práticas e interativas (como discussões em grupo, debates ou estudos de caso) para envolver mais ativamente o aluno. Isso pode manter o aluno focado e reduzir a distração.

Planejamento antecipado:

Distribua materiais de leitura ou guias de estudo com antecedência para que o aluno tenha tempo suficiente para se preparar e absorver as informações. Se possível, publique resumos das aulas ou ofereça pontos-chave para revisão. A organização da matéria facilita a assimilação do conteúdo.

Uso de feedback regular:

Ofereça feedback construtivo e frequente, especialmente para alunos com TDAH, que podem ter dificuldade em perceber seus próprios progressos. O *feedback* deve ser claro, específico e focado no que o aluno fez bem, assim como no que precisa melhorar.

Adaptações na Avaliação:

Proporcione tempo adicional para a realização de provas ou atividades quando necessário. O TDAH pode afetar a velocidade com que o aluno processa informações e responde a questões. As avaliações podem ser mais curtas e segmentadas, com intervalos para que o aluno recupere o foco.

Além de provas tradicionais, explore alternativas de avaliação como trabalhos em grupo, apresentações orais ou projetos, que podem ser mais eficazes para alunos com TDAH. Ofereça formas alternativas de expressão. Alguns alunos podem ter dificuldade em demonstrar seu conhecimento por escrito, mas podem se sair bem em apresentações orais ou por meio de outras formas criativas de avaliação.

Auxílio no desenvolvimento de estratégias de organização:

Encoraje o uso de agendas ou aplicativos para planejamento pessoal. Isso pode ajudar o aluno a organizar prazos, compromissos e a gerenciar melhor suas tarefas diárias.

Ensine estratégias de foco, como a técnica Pomodoro (trabalhar por períodos de 25 minutos seguidos de um intervalo curto), que pode ajudar a manter a atenção no trabalho por períodos mais curtos e manejáveis.

Incentive a autoavaliação e a reflexão:

Ajude o aluno a desenvolver a autoconsciência sobre seus próprios processos de aprendizado. Isso pode incluir a reflexão sobre o que funciona ou não em termos de organização e estratégias de estudo.

Fomente a autorresponsabilidade sugerindo que o aluno registre suas metas e desafios, facilitando o acompanhamento do próprio progresso.

Promoção de um Ambiente Inclusivo e Acolhedor:

Mantenha um diálogo aberto com o aluno sobre suas necessidades específicas e os desafios que ele pode estar enfrentando em sala de aula. A comunicação aberta permite ajustes em tempo real e um melhor suporte.

Mostre compreensão e empatia, especialmente se o aluno relatar frustração ou dificuldades de aprendizagem. O apoio emocional também é fundamental.

Dê aos alunos com TDAH a possibilidade de escolher a forma de participação que mais os beneficie. Por exemplo, se um aluno tem dificuldade em se concentrar durante uma palestra longa, ofereça a opção de fazer perguntas durante a aula ou de participar de uma discussão em grupo.

Trabalho em equipe:

Colabore com outros professores, psicólogos ou pedagogos para entender as melhores práticas para o aluno com TDAH e compartilhar estratégias bem-sucedidas. Incentive os alunos a buscarem apoio psicológico se necessário, para trabalhar aspectos emocionais como ansiedade, frustração ou problemas relacionados à autoestima.

Trabalhar com alunos com TDAH no ensino superior exige uma abordagem flexível, compreensiva e adaptada. As estratégias propostas aqui podem melhorar significativamente a experiência de aprendizado, não só para o aluno com TDAH, mas para todos os estudantes, pois promovem uma sala de aula mais inclusiva e centrada no aluno. A chave para o sucesso está em identificar as necessidades individuais, ajustar as práticas pedagógicas e criar um ambiente acolhedor e sem julgamentos.



Saiba Mais

Vídeo: “TDAH”, de Dráuzio Varella, disponível no Youtube, no canal Dráuzio Cast.

Link do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=8NK6rmZscWU>

Livro: MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: 100 perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).** 1. ed. São Paulo: Autêntica, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 14 jan. 2025. Livro “Vencendo o TDAH adulto”, de Russel A. Barkley, traduzido para português e publicado pela editora Artmed.



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico, tratamento e gestão.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BROWN, T. E. **Transtorno de déficit de atenção: a mente desfocada em crianças e adultos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

MATTOS, P. **O TDAH no contexto educacional e as implicações para a intervenção pedagógica.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

POLLARD, W. **A controvérsia sobre o TDAH: o contexto social do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Tradução de Fábio Uchoa. Porto Alegre: Artmed, 2003.

STEIN, M. A. **Revista brasileira de terapias cognitivas e comportamentais**, v. 3, n. 1, p. 28-35, 2007.

Transtorno Específico da Aprendizagem com Prejuízo na Leitura - Dislexia

Priscila da Costa Felix Teixeira¹



O que é?

O Transtorno Específico da Aprendizagem com Prejuízo na Leitura, é descrito no DSM-5-TR como um transtorno que afeta habilidades de leitura e compreensão do conteúdo lido, sendo comumente referido como Dislexia. Está inserido no grupo dos Transtornos Específicos de Aprendizagem e o prejuízo da leitura acomete a precisão, velocidade e compreensão (tabela 1), interferindo significativamente no desempenho acadêmico e até mesmo nas atividades cotidianas que exigem estas habilidades. Os comprometimentos do quadro podem se estender a outros domínios como grafia, ortografia e matemática, além das características específicas da leitura (APA, 2022).

O diagnóstico é clínico e multidisciplinar. Envolve, necessariamente, o fonoaudiólogo e o neuropsicólogo para o levantamento das características clínicas (como por exemplo as descrições das alterações de processamento fonológico e memória) e, posteriormente a emissão de pareceres. Outros profissionais integram a equipe multidisciplinar e contribuem na observação de diferentes especificidades acometidas no quadro e, também, na intervenção para ajudar o indivíduo a melhorar suas habilidades de leitura (ZORZI & CAPELLINI, 2009; ÁVILA, 2001; APA, 2022).

¹Fonoaudióloga, Mestre em Saúde da Comunicação Humana (FCMSCSP).

Tabela 1: Principais prejuízos da leitura: conceitos e manifestações clínicas

Habilidade	Conceito	Manifestações do transtorno em adultos
Precisão de leitura	Reconhecer, decodificar e pronunciar corretamente o que foi lido, mesmo diante de palavras irregulares e complexas.	Dificuldade na decodificação: associar sons às letras ou combinações de letras. Erros na leitura de palavras pouco frequentes ou termos técnicos.
Fluência de leitura	Leitura dinâmica, expressiva e com ritmo adequado ao conteúdo lido. Relaciona-se com a precisão e a velocidade	Leitura tende a ser mais lenta, fragmentada e com maior gasto de tempo. Os prejuízos impactam na leitura contínua e automática.
Compreensão de leitura	Entender, interpretar e integrar informações de um texto lido, extraindo significado com a análise e reflexão sobre o conteúdo.	Dificuldades para fazer inferências, ou seja, deduzir o significado das informações que não estão explicitamente escritas.

Fonte: Elaborada pela autora



Sintomas e características

A dislexia é um transtorno específico da aprendizagem, de caráter crônico e com base neurológica. Estudos demonstram que o déficit fonológico persiste ao longo da vida e, mesmo com instrução adequada, o processamento da leitura se mantém por rotas neurais secundárias (não automáticas) em comparação a leitores proficientes (SHAYWITZ, 2006).

A dislexia em adultos pode se apresentar um pouco diferente quando comparada às características observadas em crianças, já que muitos adultos desenvolvem estratégias de compensação ao longo dos anos. Entretanto, os déficits fonológicos são persistentes e, com avaliação adequada, podem ser reconhecidos em diferentes fases da vida. (SHAYWITZ, 2006). Entre os casos de dislexia em universitários, há sinais peculiares que abarcam o processamento fonológico e impactam diretamente em precisão, fluência e compreensão (ROTTA & PEDROSO, 2006; ZORZI E CAPELLINI, 2009; PINO & MORTARI, 2014; PEREIRA & SILVA, 2023). Destacam-se:

- Dificuldade em memorizar palavras novas, e termos técnicos;
- Falta de fluência na leitura, com pausas e esforços para decodificar;
- Compreensão limitada do conteúdo lido;
- Compreensão guiada pelo contexto central do texto, havendo dificuldade em reter os detalhes e assimilar palavras que têm função gramatical;
- Dificuldade para lembrar informações verbais, como nomes, datas, prazos, compromissos e instruções;

- Dificuldades para seguir uma sequência de instruções complexas;
- Dificuldades na organização hierárquica de ideias, atividades e planejamento sequencial;
- Tendência a evitar situações em que precisa ler em voz alta, como reuniões ou apresentações;
- Troca, omissão ou inversão de letras e sílabas durante a leitura;
- Falha na correspondência grafema/fonema, mesmo na idade adulta e diante de palavras novas, irregulares ou pouco frequentes;
- Desempenho extremamente variável, dependendo do formato do teste acadêmico ofertado.



Causas

As causas que não são completamente compreendidas, mas acredita-se que seja o resultado de uma combinação de fatores genéticos, neurológicos e ambientais (ZORZI & CAPELLINI, 2009).

As dificuldades encontradas na dislexia não são atribuídas a alterações visuais, auditivas, motoras e não são resultado de uma educação inadequada. E o DSM-5 também ressalta que os déficits não são explicados por lesões neurológicas, transtorno do desenvolvimento intelectual ou condições psiquiátricas (APA, 2022). É possível a associação do quadro de dislexia em comorbidade a outros (PADULA, SANTOS & LOURENCETI, 2011). Portanto, faz-se necessária uma avaliação criteriosa para um diagnóstico diferencial da dislexia perante os sinais de diferentes transtornos.



Mediação Pedagógica docente no Ensino Superior

A orientação dada a uma pessoa com dislexia no ensino superior oferece apoio acadêmico e estratégias específicas que facilitem o aprendizado e ajudem a desenvolver a autonomia nos estudos (SHAYWITZ, 2006; WORTHY *et al.*, 2018, ALMEIDA, 2024). Para melhor esquematização de práticas recomendadas ao aluno, ver Tabela 2.

Tabela 2: Práticas recomendadas ao aluno com dislexia no ensino superior

Objetivo	Recomendações para o aluno do ensino superior
Precisão de leitura	Exercícios de leitura repetida Divisão do texto em partes menores Glossário de termos técnicos
Fluência de leitura	Assistentes de voz para realização de buscas Uso de marca-texto Mapas ou esquemas com o conteúdo da matéria Gráficos para organizar informações
Compreensão de leitura e escrita	Uso de softwares de leitura em voz alta Uso de questionários para estudo Paráfrase Vídeos e animações gráficas do conteúdo Uso de cores e <i>post-its</i> nos estudos

Fonte: Elaborada pela autora

No que concerne ao professor de graduação, as recomendações abarcam o material oferecido para estudo, adaptações em provas, diferentes métodos de avaliação, organização e apoio pedagógico que pode acontecer por meio de monitorias, como sugerido na Tabela 3 (SHAYWITZ, 2006; MEDEIROS *et al.*, 2021).

Estas estratégias podem ser aplicadas de forma combinada e adaptada ao perfil de cada pessoa com dislexia, tornando o processo acadêmico mais acessível, além de fortalecer a autoconfiança nos estudos intensivos (WORTHY *et al.*, 2018; PEREIRA & SILVA, 2024). Caso necessário, é preciso sugerir aconselhamento profissional para ajudar o aluno a desenvolver habilidades e estratégias para lidar com os desafios, reforçando a autoestima, confiança e a motivação (SOARES, MONTEIRO & SANTOS, 2020; PEREIRA & SILVA, 2024).

Tabela 3: Práticas recomendadas ao professor da graduação

Objetivo	Recomendações para o aluno do ensino superior
Material	Uso de formatos diversificados Textos digitais que permitam a conversão em áudio Textos digitais que permitam o ajuste de tamanho
Avaliação	Maior espaçamento entre linhas Aumento no tamanho da fonte utilizada em provas Uso preferencial das fontes Arial e Verdana (sem serifa) Uso de negrito e contrastes nas informações Leitura em voz alta antes da prova, pelo professor Combinar um tempo adicional, caso necessário Considerar avaliações alternativas às escritas como (prova oral, apresentações de seminários) Permitir o uso de softwares de leitura ou conversor Papel com cor suave (numa alternativa ao branco)
Apoio pedagógico	Permitir gravação de aulas Participação em aulas extras com monitores

Fonte: Elaborada pela autora

A participação plena e significativa do indivíduo na vida acadêmica/profissional/social é um objetivo diante da diversidade. Ao promover estratégias para os estudantes do ensino superior, abre-se uma maior oportunidade educacional para desenvolver suas potencialidades. E, para além do aprendizado, o ambiente acadêmico pode ser mais diverso, equitativo e enriquecedor.

Embora muitos adultos com dislexia desenvolvam estratégias eficazes para compensar tais limitações (SHAYWITZ, 2006), a adesão a algumas práticas pode ser benéfica para um desempenho mais eficiente e adequado às demandas do ensino superior, como o uso de dispositivos eletrônicos, softwares de leitura em voz alta, assistentes de voz, agendas digitais e listas de verificação para ajudar na organização e memória.

O uso de tecnologias pode minimizar os impactos do déficit fonológico que impacta na falta de precisão de leitura, além de diminuir esforço e otimizar o tempo gasto no estudo. Para o correto uso destas ferramentas, recomenda-se orientação e tempo de prática. A tecnologia vem trazendo cada vez mais inovações que podem auxiliar neste campo educacional, principalmente, na precisão de leitura que está frequentemente relacionada ao desempenho acadêmico e às disciplinas que exigem leitura intensiva (SHAYWITZ, 2006). Alguns aplicativos e softwares estão sugeridos na Tabela 4.

Tabela 4: Sugestões tecnológicas para o aluno do ensino superior

SOFTWARES DE LEITURA E CONVERSÃO DE TEXTO	CARACTERÍSTICAS
Claro ScanPen	É possível tirar fotos de textos impressos e ouvi-los numa leitura em voz alta. Disponível para iOS e Android.
Voice Dream Reader	Converte textos digitais em áudio. É possível personalizar a velocidade de leitura, escolher a voz que será ouvida. Disponível para iOS e Android.
Microsoft OneNote	Possui uma ferramenta que ajusta o espaçamento e a fonte dos textos para maior legibilidade e também, um leitor de texto com destaque simultâneo de palavras para melhorar a compreensão. Disponível gratuitamente para Windows, iOS, Android e versão web.
Knfb Reader	Converte imagens de texto em áudio. É possível personalizar a velocidade e a voz de preferência. Disponível para iOS e Android.
NaturalReader	Converte texto em áudio. Oferece várias vozes e idiomas, possui recursos de edição. Disponível para Windows, iOS, Android e versão web.
Read&Write	Converte texto em áudio oferecendo suporte à leitura e escrita além de outros recursos como dicionários, ferramentas de resumo e suporte a anotações. É projetada para auxiliar na compreensão de textos e organização de ideias. Disponível para Windows, iOS, Android

Fonte: Elaborada pela autora

A habilidade de leitura tem um impacto na qualidade da vida cotidiana, uma vez que ela ocupa um espaço significativo do dia. As adaptações são necessárias e colocá-las em prática, quase sempre significa tornar públicas as alterações do adulto além de suprir suas necessidades reais. Portanto, é preciso cuidado para evitar o estigma. A educação vai além de um papel acadêmico, pois está relacionada às interações e experiências. Dialogar sobre o potencial do aluno e suas reais inabilidades vão ajudá-lo na autopercepção, motivação e autoconfiança, atributos tão importantes para sua vida profissional.



Saiba mais

- Associação Brasileira de Dislexia: <https://www.dislexia.org.br/quem-somos/>
- Coleção com 4 volumes: **Dislexia – Novos temas, novas perspectivas**. Organizados pelas fonoaudiólogas: Luciana Mendonça Alves, Renata Mousinho e Simone Aparecida Capellini.



Referências

ABD. **Associação Brasileira de Dislexia**. Disponível em: <https://www.dislexia.org.br/quem-somos/> Acesso em: 04 nov. 2024

ALMEIDA, M. DE F. **Contributo para a inclusão de alunos com dislexia no ensino superior**. Gestão e Desenvolvimento, n. 32, p. 243-279, 23 jul. 2024.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ÁVILA, C. R. B. **Intervenção fonoaudiológica nos transtornos da leitura**. In: ALVES, L. M.; MOUSINHO, R.; CAPELLINI, S. A. (Org.). **Dislexia – novos temas, novas perspectivas**. Rio de Janeiro: WAK, 2011.

MEDEIROS, E.C.M.R.; MELO, F.R.L.V.; AZONI, C.A.S.; SILVA, B.S. **Estratégias didático-pedagógicas para a promoção do engajamento de universitários com dislexia**. In:

NUNES, D.R.P.; VIANA, F.R.; SILVA, K.S.B.P.; GONÇALVES, M.J. (Orgs.) **Educação Inclusiva: conjuntura, síntese e perspectivas**. Marília: ABPEE, 2021, p.93-104.

PADULA, N.A.M.R, SANTOS, L.C.A.S., LOURENCETI, M.D., **Dislexia, comorbidades na infância e adolescência**. In: **Dislexia – novos temas, novas perspectivas**, ALVES, L.M., MOUSINHO, R., CAPELLINI, S.A (Org). Rio de Janeiro: WAK, 2011.

PEREIRA, M. D.; SILVA, J. P. da. **Desmistificando a dislexia na universidade**: questões relacionadas à inclusão e educação emocional. Revista Eletrônica de Educação, [S. l.], v. 18, n. 1, p. e5910156, 2024. DOI: 10.14244/reveduc.v18i1.5910.

PEREIRA, Mara Dantas; DA SILVA, Joilson Pereira. **Olhares sobre a dislexia, inclusão e a saúde mental na educação superior**. revista Teias, Rio de Janeiro, v. 24, n. 72, p. 140–153, 2023. DOI: 10.12957/teias.2023.64427.

PINO M, Mortari L. **The inclusion of students with dyslexia in higher education: A systematic review using narrative synthesis**. Dyslexia. 2014 Nov;20(4):346-69. doi: 10.1002/dys.1484. Epub 2014.

ROTTA, N. & PEDROSO, F. S., **Transtornos da linguagem escrita e dislexia**, In: ROTTA, N.T, OHLWEILER, L., RIESGO, R.S., **Transtornos da aprendizagem - abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.]

SHAYWITZ, S. **Entendendo a dislexia** – um novo e completo programa para todos os níveis de problemas de leitura. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SOARES, A. T. **Dificuldade de leitura e escrita ou Dislexia?** cuadernos de Educación y Desarrollo, [S. l.], v. 16, n. 9, p. e5451, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n9-024.

SOARES, Adriana Benevides; MONTEIRO, Marcia Cristina Lauria de Moraes; SANTOS, Zeimara de Almeida. **Revisão sistemática da literatura sobre ansiedade em estudantes do ensino superior**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 992-1012, dez. 2020.

WORTHY, Jo; SVRCEK, Natalie; DALY-LESCH, Annie; TILLY, Susan. **“We Know for a Fact”**: dyslexia interventionists and the power of authoritative discourse. Journal of Literacy Research, v. 50, n. 3, p. 359–382, 2018

ZORZI, J. & CAPELLINI, S. **Dislexia e outros distúrbios da leitura – escrita**: letras desafiando a aprendizagem. São José dos Campos: Pulso, 2009.

Transtorno de Aprendizagem Específico com Prejuízo na Habilidade de Escrever – Disgrafia

Elisa Ferreira Silva de Alcantara¹



O que é?

Etimologicamente, Disgrafia é a dificuldade de escrever. A palavra é formada por dois termos gregos:

Dis = Dificuldade + Grafia = Escrita ➔ Dificuldade de Escrever

Neste contexto, a disgrafia é um transtorno de aprendizagem que se manifesta como uma dificuldade na escrita, afetando especialmente a qualidade e a legibilidade das letras e dos textos, uma vez que se trata de uma dificuldade motora envolvendo a lateralidade, o equilíbrio e a motricidade. Ela inclui dificuldades com a forma e o espaçamento das letras, gerando uma grafia ilegível ou muito difícil de ler. Além disso, a pessoa leva um tempo maior e despende muito esforço para produzir um pequeno texto que na maioria das vezes se apresenta de forma desorganizada e com baixa qualidade.

Sobre a legibilidade dos textos há no senso comum uma afirmação que enfatiza a dificuldade de se ler um texto de uma pessoa com disgrafia:

“Na hora da escrita, eu e Deus sabemos o que estou escrevendo. Na hora de ler, só Deus sabe!”

¹Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana (UERJ)



Sintomas e características

Há três tipos de disgrafia com características distintas:

Tipos de Disgrafia	Características
Disgrafia Espacial	• Traçado ilegível; • Espaçamentos irregulares entre as palavras; • Letras demasiadamente grandes ou extremamente pequenas; • Desorganização no texto; • Troca e confusão com letras semelhantes; • Pouca noção de espaço em relação às margens e às linhas; • Não utiliza as linhas corretamente; • Não utiliza as margens corretamente; • Utilização errada do papel e do lápis; • Dificuldade em escrever da esquerda para a direita.
Disgrafia Motora	• Postura inadequada durante a escrita; • Dificuldade em segurar o lápis e/ou a caneta; • Utilização de muita ou pouca força na escrita resultando em marcas no papel ou escrita quase imperceptível; • Cansaço físico e dor nas mãos após a escrita; • Muito lento para escrever; • Escrita indecifrável ou muito difícil de ler; • Traçado Trêmulo.
Disgrafia de Processamento	• Não processa informações enquanto escreve; • Esquece o traçado das letras; • Confunde maiúsculas com minúsculas; • Mistura tipos de traçados diferentes (cursiva e bastão); • Não processa informações enquanto escreve; • Ora repete palavras, ora suprime-as; • Ideias poucos criativas na expressão escrita; • Desorganização; • Lentidão na escrita.

Fonte: Adaptado de Hudson (2019)

Embora o indivíduo com disgrafia tenha uma inteligência normal é bastante comum baixa autoestima uma vez que o mundo acadêmico exige desenvoltura no ato físico de escrever seja nas atividades cotidianas ou nas avaliações.



Causas

As causas da disgrafia ainda não são totalmente compreendidas, mas sabe-se que ela está associada a vários fatores, tanto genéticos como neurológicos, que afetam as áreas do cérebro responsáveis pela escrita e pelo processamento da linguagem. Algumas das principais causas e fatores de risco incluem:

- **Genética e Hereditariedade:** Estudos sugerem que a disgrafia pode ter um componente genético. Pessoas com histórico familiar de transtornos de aprendizagem, como dislexia e disgrafia, têm maior probabilidade de desenvolver essas condições.
- **Desenvolvimento Neurológico:** A disgrafia está relacionada a diferenças neurológicas em regiões do cérebro que controlam a coordenação motora fina e o processamento da linguagem. Em muitos casos, as pessoas com disgrafia têm dificuldade em sincronizar esses processos, resultando em uma caligrafia desorganizada e na dificuldade de expressar pensamentos através da escrita.
- **Problemas de Processamento Visual e Motor:** A coordenação entre habilidades visuais e motoras é essencial para escrever com clareza. Dificuldades de processamento visual ou motor, como problemas em perceber e reproduzir letras e palavras, podem contribuir para a disgrafia.
- **Déficits na Memória Operacional (Memória de Trabalho):** A escrita envolve várias etapas simultâneas, desde a organização de ideias até a reprodução motora das letras. Pessoas com déficit na memória operativa podem ter dificuldade em manter essas etapas e organizar suas ideias e grafia, o que impacta a fluidez do texto.
- **Outros Transtornos Associados:** Em muitos casos, a disgrafia ocorre em conjunto com outros transtornos de aprendizagem, como dislexia, ou com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), os quais também podem afetar o desempenho na escrita.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Embora a disgrafia seja normalmente identificada e acompanhada na infância e na adolescência, ela pode persistir até a idade adulta, tornando importantes as estratégias de mediação no ensino superior. Abaixo estão algumas abordagens que podem ser úteis para professores e instituições:

Apoio Tecnológico:

- **Software de Reconhecimento de Voz:** Ferramentas como softwares de ditado permitem que os estudantes convertam fala em texto, minimizando o esforço com a escrita manual.
- **Aplicações para Revisão Gramatical e Ortográfica:** O uso de corretores ortográficos e gramaticais avançados auxilia na revisão de textos, ajudando a corrigir problemas comuns causados pela disgrafia.
- **Teclados Específicos e Adaptativos:** Alguns estudantes podem beneficiar-se de teclados adaptados ou até de tablets com canetas digitais que imitam a escrita manual de maneira facilitada.
- **Grip (Adaptador para lápis/ caneta):** Oriente na pega adequada do lápis/caneta e sugira a utilização do grip ergonômico de borracha que é um acessório para ajudar na aderência e conforto da mão ao escrever ou desenhar.

Flexibilidade nas Avaliações Escritas

- **Avaliações Orais:** Para evitar que a dificuldade de escrita impacte a avaliação do conhecimento, avaliações orais podem ser uma alternativa justa.
- **Trabalhos em Formato Digital:** Permitir que os estudantes enviem trabalhos digitados ao invés de manuscritos pode facilitar a expressão de ideias.
- **Prazo Extra para Trabalhos Escritos:** Conceder tempo adicional pode ajudar estudantes com disgrafia a completar tarefas de forma mais eficaz e organizada.

Adaptação de Materiais e Conteúdos

- **Resumos e Anotações Digitais:** Fornecer materiais de aula em formato digital, com resumos e tópicos principais, facilita o acompanhamento sem a pressão de anotar tudo manualmente.
- **Uso de Mapas Mentais e Esquemas:** Essas ferramentas ajudam a estruturar as ideias visualmente, permitindo que o estudante compreenda e organize melhor o conteúdo.
- **Leituras em Formato Áudio:** O uso de audiobooks e de ferramentas que leiam os textos em voz alta pode ser uma excelente alternativa para melhorar a compreensão dos conteúdos sem sobrecarregar a leitura.

Estratégias Pedagógicas de Inclusão

- **Trabalhos em Grupo:** Permitir trabalhos em grupo, onde as atividades de escrita podem ser distribuídas entre colegas, ajuda a integrar o aluno com disgrafia sem prejudicar o seu desempenho.
- **Feedback Contínuo:** Fornecer feedback específico e frequente sobre a evolução da escrita permite que o estudante perceba suas melhorias e ajuste sua abordagem ao longo do tempo.
- **Sensibilização da Turma e dos Professores:** A formação sobre transtornos de aprendizagem entre professores e alunos aumenta a compreensão e a paciência com as dificuldades de quem tem disgrafia, promovendo um ambiente de apoio.

Estimulação e Motivação para o Desenvolvimento

- **Atividades para Melhoria da Motricidade Fina:** Mesmo no ensino superior, atividades que estimulem a motricidade fina podem ajudar alguns estudantes a melhorarem ligeiramente a caligrafia e o conforto ao escrever, como: exercícios de aquecimento, alongamento e que aliviem a tensão muscular.
- **Encorajamento da Escrita Criativa e Livre:** Permitir momentos de escrita sem julgamento formal pode ajudar a reduzir a ansiedade associada à escrita e permitir que os estudantes expressem ideias sem medo de cometer erros.



Saiba Mais

Livro: LEAL, Daniela; NOGUEIRA, Makeliny Oliveira Gomes. **Dificuldades de aprendizagem: um olhar psicopedagógico.** 2. ed. Curitiba, PR: Intersaberes, 2024. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 21 nov. 2024.



Vídeo: Disgrafia. Nádia Bossa. <https://www.youtube.com/watch?v=7tndJj-RapY>

Site: <https://institutoneurosaber.com.br/artigos/entenda-os-transtornos-de-escrita-disgrafia-e-disortografia/>



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

HUDSON, Diana. **Dificuldades específicas de aprendizagem: ideias práticas para trabalhar com dislexia, discalculia, disgrafia, dispraxia, TDAH, tea, síndrome de asperger e TOC.** 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 13 nov. 2024

Transtorno Específico da Aprendizagem com Prejuízo na Expressão Escrita – Disortografia

Elisa Ferreira Silva Alcantara¹



O que é?

A disortografia é um transtorno específico de aprendizagem com prejuízo na expressão escrita afetando a capacidade de escrever corretamente. Está relacionada a problemas na compreensão e aplicação das regras ortográficas, o que pode levar a erros na escrita, como troca de letras, omissão de letras ou dificuldades para identificar e usar corretamente os sinais de pontuação. Ela não é resultado de falta de ensino ou de preguiça e nem tem diretamente reflexo nas habilidades intelectuais do indivíduo. Entretanto, por se tratar de uma disfunção cerebral específica requer atenção especializada.



Sintomas e características

Apresentar dificuldades na escrita correta não caracteriza imediatamente a disortografia, pois neste transtorno os indivíduos apresentam grandes dificuldades em escrever corretamente e seus textos em geral são simplórios, desorganizados e marcados por uma sucessão de erros que se repetem. Na tabela abaixo foram catalogados os principais tipos de erros presentes na disortografia.

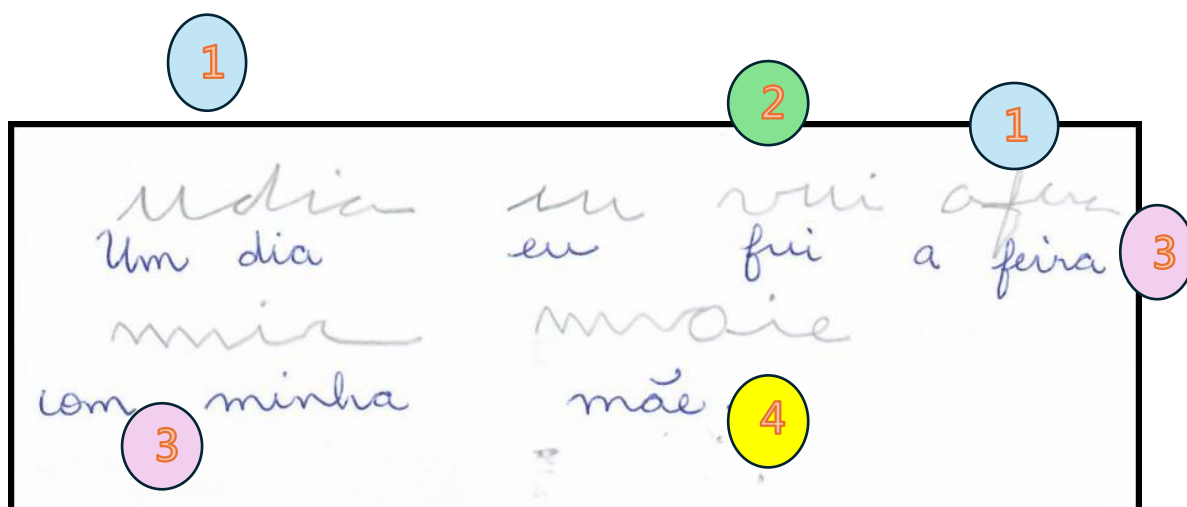
¹Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana (UERJ)

Tabela 1: Tipos de erros e suas características

Tipos de Erros	Características
Erros de caráter linguístico-perceptivo	- Omissões, adições e inversões de letras, de sílabas ou de palavras. Ex.: “Camiao” (caminhão); “muinto” (muito); “dalão” (balão); “bana” (banana). - Troca de símbolos linguísticos que se parecem sonoramente Ex: “faca”/“vaca”
Erros de caráter visoespacial	- Substituir letras que se diferenciam pela sua posição no espaço. Ex: “b”/“d”; “m”/“n” - Confundir fonemas que apresentam dupla grafia. Ex.: “ch”/“x” - Omite letras por não terem correspondência fonêmica como o H. Ex: “ospital” (hospital) - Dificuldade em escrever em linha reta e de permanecer entre as margens
Erros de caráter visoanalítico	Não faz associações entre fonemas e grafemas, trocando letras sem qualquer sentido.
Erros relativos ao conteúdo	- Não separa sequências gráficas pertencentes a uma dada sucessão fônica, ou seja, une palavras. Ex: “ocarro” em vez de “o carro”. - Junta sílabas pertencentes a duas palavras. Ex.: “nodia seguinte” - Ideias sem clareza.
Erros referentes às regras de ortografia	- Ignora as regras de pontuação; - Esquece-se de iniciar as frases com letra maiúscula. - Desconhece a forma correta de separação das palavras - Não realiza adequadamente a mudança de linha. - Grande dificuldade em utilizar regras ortográficas - Dificuldade em produzir textos - Frases Desorganizadas no texto.

Fonte: Adaptado de Hudson, 2019

No texto apresentado abaixo pode-se observar diversos erros característicos da disortografia:



1

Aglutinação de Palavras

3

Omissão de letras

2

Troca de letras

4

Desconhecimento das regras ortográficas

Fonte: Produção da Autora

As dificuldades na escrita acabam por gerar ansiedade, medo e falta de vontade de escrever. Ainda, de acordo com o DSM-5, se caracterizam particularmente em adultos, pela evitação de atividades que exigem habilidades acadêmicas, bem como interferências no desempenho profissional ou nas atividades cotidianas que exijam essas habilidades. Além disso, pode haver reflexo na leitura e compreensão dos textos.



Causas

O transtorno específico de aprendizagem com prejuízos na escrita é um distúrbio do neurodesenvolvimento com origem biológica, envolvendo os fatores:

Genéticos: Os fatores genéticos referem-se a predisposições hereditárias, como histórico familiar de dificuldades de aprendizagem.

Epigenéticos: Os fatores epigenéticos dizem respeito a alterações na expressão dos genes que podem ocorrer devido a experiências vividas ou exposições ao longo da

vida. Por exemplo, o estresse crônico, deficiências nutricionais e até a exposição a certos produtos químicos durante a gestação podem alterar a forma como certos genes se manifestam, afetando o desenvolvimento cognitivo e a capacidade de aprendizado.

Ambientais: Já os fatores ambientais envolvem elementos externos, como experiências educacionais, estímulos recebidos na infância e até mesmo o ambiente social, todos influenciando a capacidade do cérebro de processar informações verbais e não verbais de forma precisa e eficaz.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Professores do ensino superior têm um papel essencial no apoio a alunos com disortografia. Com algumas práticas e estratégias inclusivas, eles podem criar um ambiente mais acolhedor e apoiar o desenvolvimento das habilidades de escrita desses alunos. Aqui estão algumas dicas:

- **Apoio Emocional e Motivacional:** Muitos alunos com disortografia podem sentir frustração ou desânimo. Uma postura acolhedora e encorajadora por parte do professor pode ajudar a fortalecer a autoconfiança do aluno, lembrando-o de que a disortografia não define sua competência acadêmica.
- **Identificação e Encaminhamento para Suporte Especializado:** Professores podem estar atentos a sinais de disortografia nos alunos e sugerir o encaminhamento para serviços de apoio, como o Grupo de Apoio Psicopedagógico (GAP).
- **Flexibilidade nas Avaliações Escritas:** Oferecer alternativas de avaliação, como provas orais ou apresentações, para minimizar o impacto da disortografia no desempenho acadêmico. Em provas escritas, considerar o conteúdo e a clareza das ideias com um peso maior do que a correção ortográfica, quando o objetivo da avaliação não for exclusivamente a escrita.
- **Fornecimento de Recursos e Materiais de Estudo:** Compartilhar com os alunos materiais suplementares, como lista de palavras, regras ortográficas, guias de gramática simplificada e dicionários on-line. O uso de tecnologia assistiva, como corretores ortográficos digitais, também pode ser incentivado.

- **Feedback Construtivo e Focado:** Ao revisar o trabalho escrito dos alunos com disortografia, oferecer *feedback* específico e construtivo, focando nos tipos de erros recorrentes. Em vez de corrigir todos os erros de uma vez, selecionar os mais frequentes e oferecer orientações para que o aluno possa identificar e corrigir esses erros.
- **Organizar Oficinas de Escrita Acadêmica:** Se possível, sugerir ou organizar oficinas de escrita acadêmica para os alunos, nas quais eles possam praticar técnicas de redação e aprender regras gramaticais e ortográficas em um ambiente mais estruturado e focado.
- **Disponibilizar Orientações sobre Tecnologias Assistivas:** Incentivar o uso de ferramentas como autocorretores, *softwares* de leitura em voz alta, e até mesmo programas que transformam áudio em texto. Essas tecnologias podem ser úteis para revisar textos e identificar erros.
- **Valorização das Ideias e do Conteúdo:** Demonstrar interesse pelo conteúdo, pela argumentação e pela clareza das ideias dos alunos com disortografia, em vez de focar excessivamente nos erros de ortografia, ajuda a aumentar a confiança e a reduzir o medo de escrever.
- **Ensino de Estratégias de Autocorreção:** Orientar os alunos a usarem técnicas de revisão, como leitura em voz alta e segmentação de palavras. Mostrar a importância de revisar o texto antes de entregar, identificando erros comuns e focando em autoconhecimento sobre suas dificuldades específicas.
- **Treinamento das Regras Ortográficas:** Uma vez identificadas as áreas de dificuldade, pode-se trabalhar com o ensino explícito das regras de ortografia. Isso inclui prática com palavras específicas, uso de técnicas de memorização e repetição para fixar as regras e exercícios de segmentação de palavras para ajudar na compreensão das estruturas silábicas e fonológicas.
- **Exercícios de Consciência Fonológica:** A prática de exercícios que envolvem a percepção dos sons da fala pode ajudar o adulto a associar sons e grafias de maneira mais eficaz. Isso pode incluir atividades de segmentação de palavras, reconhecimento de rimas e aliteração.
- **Estimulação da Memória Visual e Auditiva:** Exercícios de reconhecimento visual de palavras e de discriminação auditiva ajudam o indivíduo a memorizar a forma correta das palavras e associar sons específicos às letras, melhorando o processamento da informação escrita.

- **Criação de Rotinas de Escrita:** A prática regular é fundamental. Orientar o estudante a ter uma rotina de escrita com exercícios semanais ou diários, como manter um diário, criar listas ou fazer pequenos textos, ajudará a consolidar as habilidades de escrita e a aplicar o aprendizado em contextos reais.



Saiba Mais

Vídeo:

Disortografia <https://www.youtube.com/watch?v=pS5l1C2li3k>

Livro:

BACK, Gilmara Cristine. **Dificuldades e distúrbios de aprendizagem**. 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>.



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

HUDSON, Diana. **Dificuldades específicas de aprendizagem**: ideias práticas para trabalhar com - dislexia, discalculia, disgrafia, dispraxia, TDAH, tea, síndrome de asperger e TOC. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Transtorno Específico da Aprendizagem com Prejuízo na Matemática – Discalculia

Conceição Aparecida F. Lima Panizzi¹



O que é?

Etimologicamente, a palavra discalculia vem do grego “*dis*”, que significa dificuldade e “*calcolare*” do latim, que significa contar, calcular. Trata-se de um transtorno de aprendizagem específico que afeta a habilidade de compreender e realizar operações matemáticas, prejudicando o processamento numérico e o entendimento de conceitos matemáticos.

Muitas vezes confundida com dificuldade comum em matemática, a discalculia vai além disso, pois envolve uma dificuldade significativa, persistente e específica no entendimento dos números.

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5, 2014, p. 70:

A prevalência do transtorno específico da aprendizagem nos domínios acadêmicos da leitura, escrita e matemática é de 5 a 15% entre crianças em idade escolar, em diferentes idiomas e culturas. Nos adultos, a prevalência é desconhecida, mas parece ser de aproximadamente 4%.

Ela pode vir acompanhada de outros transtornos como a dislexia, a disgrafia e até mesmo o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

A discalculia pode ser classificada em diferentes tipos, cada um relacionado a dificuldades específicas no processamento matemático. Esses tipos podem se manifestar

¹Mestre em Educação, Cultura e Comunicação (UERJ)

isoladamente ou em conjunto e apresentam características distintas. Garcia (1998) cita seis categorias:

Discalculia Verbal:

Pessoas com discalculia verbal têm dificuldade em entender e nomear conceitos matemáticos ou números. Podem ter problemas para identificar números verbalmente ou para relacionar números com seus significados. Por exemplo, podem não conseguir identificar o número "sete" ao ouvir a palavra.

Discalculia Practognóstica:

Esse tipo envolve dificuldades em manipular objetos ou símbolos matemáticos. Pessoas com discalculia practognóstica têm problemas ao contar, manusear objetos físicos para representar quantidades. Ela é especialmente perceptível em atividades práticas, como usar fichas para contar ou representar números.

Discalculia Léxica:

É caracterizada pela dificuldade em ler e interpretar símbolos matemáticos. A pessoa pode confundir números visualmente semelhantes, como o "6" e o "9", e ter dificuldades para interpretar operações matemáticas apresentadas de forma escrita.

Discalculia Gráfica:

Está relacionada à dificuldade em escrever ou representar números e símbolos matemáticos corretamente. As pessoas com discalculia gráfica têm problemas para desenhar números, escrever equações ou anotar operações corretamente, o que pode dificultar a resolução de problemas matemáticos e a organização de cálculos.

Discalculia Ideognóstica:

Pessoas com discalculia ideognóstica têm dificuldades em entender conceitos matemáticos abstratos e realizar operações mentais. Isso inclui dificuldades para entender o que uma operação representa ou para estimar o resultado de cálculos. Esse tipo também afeta a capacidade de resolver problemas de lógica matemática.

Discalculia Operacional:

Nesse tipo de discalculia, a dificuldade está em realizar operações matemáticas básicas, como adição, subtração, multiplicação e divisão. Mesmo após muita prática, a pessoa com discalculia operacional pode ter dificuldades em executar cálculos, apresenta erros frequentes e confusão ao tentar resolver operações simples.



Sintomas e características

As pessoas com discalculia enfrentam muitas dificuldades no seu processo de aprendizagem por apresentarem transtorno das habilidades matemáticas. Desenvolvem um sentimento de incompetência e se sentem pressionados sempre que precisam realizar alguma atividade com operações matemáticas, orientação espacial e até mesmo com dinheiro. Em geral, por serem menosprezadas por colegas e sofrerem pressão por parte de professores e família, são ansiosas, desmotivadas e tem medo de fracassar.

Os sintomas da discalculia variam de pessoa para pessoa e, geralmente, se manifestam em:

- **Dificuldade com operações matemáticas básicas:** dificuldade para somar, subtrair, multiplicar e dividir, mesmo após muita prática.
- **Problemas com compreensão numérica:** dificuldade em entender o conceito de quantidades, tamanho e sequenciação de números.
- **Dificuldade com reconhecimento de padrões:** dificuldade em identificar e seguir sequências numéricas ou padrões.
- **Memorização de fatos matemáticos:** incapacidade de memorizar a tabuada ou outras fórmulas matemáticas.
- **Dificuldade com conceitos de tempo:** problemas em entender e calcular o tempo, frequentemente confundindo horários e prazos.
- **Dificuldades com habilidades espaciais:** dificuldade em compreender direção e orientação espacial, afetando habilidades como compreender e interpretar gráficos e mapas.

Os sinais da discalculia de modo geral são percebidos quando a criança inicia na educação infantil. Outras começam a apresentar um pouco mais tarde.

De acordo com o DSM-5, 2014, p. 67:

As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas).



Causas

A discalculia é um transtorno específico da aprendizagem, sendo assim, é um transtorno do neurodesenvolvimento com uma origem biológica que inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais que interferem na capacidade de percepção do cérebro em organizar informações verbais ou não verbais com exatidão.

Trata-se de um transtorno com causas ainda não totalmente compreendidas, mas que parecem resultar de uma combinação de aspectos que afetam o desenvolvimento das habilidades matemáticas. Os estudos realizados são recentes e apontam que ela pode ser causada por fatores que abrangem áreas de estudo como a Genética, a Neurológica, a Linguística, a Psicológica e a Pedagógica.

Genética:

Estudos indicam que a discalculia pode ter uma base genética, com registros significativos em famílias onde outros membros também apresentam dificuldades com habilidades numéricas. Apesar disso, a hereditariedade ainda carece de estudos mais aprofundados.

Neurológica:

O desenvolvimento neurológico é caracterizado por diferentes funções do sistema nervoso que se estabelecem de forma ordenada, progressiva e cronológica, como resultado da maturação progressiva em que cada nível etário de maturação de novas funções (percepção, espaço-temporal, lateralidade, ritmo etc.) produzem estímulos adequados através da experiência. Assim, podem ser observados, três graus de imaturidades neurológicas que permitem a definição de graus de discalculia correspondentes (Romagnoli, 2008 *apud* Coelho, 2021) cita:

- **Grau leve** - quando a criança com discalculia reage favoravelmente à intervenção terapêutica;
- **Grau médio** - que coexiste com o quadro da maioria dos que apresentam dificuldades específicas em matemática;
- **Grau limite** - quando se verifica a existência de uma lesão neurológica gerada por traumatismos que provocam um déficit intelectual.

Linguística:

A linguagem é fundamental na compreensão matemática. A pessoa com discalculia apresenta dificuldades na interiorização da linguagem resultando numa elaboração deficiente do pensamento. Estas pessoas revelam déficit na compreensão de relações e suas reversibilidades e generalizações; não correspondem, por exemplo, símbolo oral, quantidade e sua representação gráfica, bem como, apresentam dificuldades na resolução de problemas.

Psicológica:

Estudos apontam que indivíduos com alguma alteração psíquica podem ser mais propensos a apresentar problemas na aprendizagem, visto que o emocional interfere no controle de funções como a memória, atenção e percepção.

Pedagógica:

As conclusões da área apontam que a discalculia como um transtorno, pode estar relacionado diretamente à aspectos que sucedem no processo de aprendizagem como inadequação de métodos, inadaptação à escola, entre outros.

Mas como reconhecer discalculia no dia a dia da criança ou do adulto? Existem várias pesquisas sobre os critérios de diagnóstico para a discalculia. O DMS-5 (2014, p.68,69) apresenta quatro critérios a serem considerados para o diagnóstico de um transtorno específico da aprendizagem: dificuldades persistentes para aprender habilidades acadêmicas fundamentais (cálculo, raciocínio matemático...); desempenho abaixo da média para a idade; as dificuldades de aprendizagem estejam visíveis nos primeiros anos escolares na maior parte dos indivíduos, todavia, em outros podem se manifestar em anos escolares mais tardios e a de que as dificuldades de aprendizagem sejam consideradas “específicas” e não atribuídas a outras razões.

É importante ressaltar que para se fazer o diagnóstico de um transtorno de aprendizagem específico é necessária uma avaliação abrangente que só poderá acontecer após o início da escolarização. O diagnóstico é clínico e deve ter como base:

O histórico clínico:

Com entrevistas com os pais ou responsáveis e o próprio aluno para entender o histórico acadêmico, possíveis dificuldades em outras áreas e se há histórico familiar de

transtornos de aprendizagem, bem como, a verificação das condições neurológicas, emocionais ou de desenvolvimento, que podem impactar a aprendizagem matemática.

Observação do comportamento matemático:

Observação das dificuldades frequentes com habilidades, sequências e lógica matemática.

Testes e avaliações neuropsicológicas:

Avaliações específicas para medir o desempenho do aluno em relação à média para sua idade ou nível escolar e testes para investigar funções cognitivas ligadas ao processamento numérico como atenção, memória e habilidades visuoespaciais.

Avaliação do desenvolvimento e coexistência de outros transtornos:

A discalculia pode coexistir com outros transtornos, como a dislexia, por exemplo, e descartar outras causas das dificuldades, como problemas de visão, audição ou lacunas no ensino.

Portanto, o diagnóstico envolve uma avaliação multidisciplinar com profissionais especializados como psicólogos, neurologistas, psicopedagogos, fonoaudiólogo. A participação da família e da escola é fundamental no reconhecimento dos sinais de dificuldade, sempre com muita cautela.

É importante chegar ao diagnóstico o mais rápido possível para que se possa iniciar as intervenções adequadas.



Mediação Pedagógica Docente

A mediação pedagógica para estudantes com discalculia é essencial para apoiar seu desenvolvimento nas habilidades matemáticas e, em última instância, para promover sua autonomia e autoestima.

A família e os professores são de fundamental importância para a recuperação do indivíduo que apresenta qualquer tipo de transtorno de aprendizagem. O trabalho em parceria com os pais e professores ajuda a criar um plano integrado de apoio. Manter a

família informada e orientada sobre as estratégias usadas na escola é fundamental para a continuidade do suporte em casa.

Algumas estratégias de intervenção eficazes incluem:

Avaliação Diagnóstica e Individualização:

Como já dito anteriormente, antes de iniciar a intervenção, é importante realizar uma avaliação para entender as dificuldades específicas do aluno. Cada estudante com discalculia pode ter desafios diferentes, então a intervenção deve ser personalizada.

Uso de recursos visuais e manipulativos:

Materiais manipuláveis, como ábacos, blocos, jogos de contagem e figuras geométricas, ajudam os alunos a entenderem os conceitos matemáticos. Representações visuais, como linhas numéricas, tabelas e diagramas e outras ferramentas visuais, também facilitam a compreensão de ideias abstratas.

...o jogo na Educação Matemática passa a ter o caráter de material de ensino quando considerado promotor de aprendizagem. A criança, colocada diante de situações lúdicas, apreende a estrutura lógica da brincadeira e, deste modo, apreende também a estrutura matemática presente. (MOURA, 1996, p. 80).

Divisão do conteúdo em etapas:

Dividir tarefas complexas em etapas menores pode ajudar o aluno a compreender o conteúdo sem se sentir sobrecarregado. Focar em um conceito de cada vez e progredir de forma gradual permite uma construção mais sólida do conhecimento.

Para Bastos (2008, p.138) o programa de intervenção deve contar com etapas e objetivos claros. As etapas devem ser hierarquizadas de acordo com as dificuldades emergenciais, pois, elas darão bases à superação de outras. Cada etapa deverá apresentar atividades graduadas levando em conta o potencial da criança e preservando suas competências.

Ensino multissensorial:

A abordagem multissensorial — que envolve visão, audição, tato e, às vezes, movimento — ajuda a reforçar o aprendizado matemático. Por exemplo, ao ensinar operações, o aluno pode usar o movimento dos dedos ou objetos concretos para representar números e operações.

Reforço da memória e prática repetitiva:

A discalculia muitas vezes está ligada a problemas na memória de trabalho, então o reforço constante e a prática são essenciais. Jogos, atividades e exercícios repetitivos

ajudam a solidificar o entendimento. Ferramentas como cartões de memória (*flashcards*) são úteis para revisão e prática de conceitos básicos.

Ensino explícito e estratégias de resolução de problemas:

Ensine explicitamente cada passo para resolver problemas e forneça estratégias específicas. Por exemplo, ao resolver uma equação, divida cada etapa e peça que o aluno verbalize ou escreva o que está fazendo, de forma a entender o raciocínio.

Uso de tecnologia assistiva:

Ferramentas tecnológicas, como aplicativos de matemática e softwares de apoio, podem ser úteis para o aprendizado de alunos com discalculia. Calculadoras adaptativas e aplicativos que oferecem feedback imediato ajudam o aluno a aprender em seu próprio ritmo.

Ambiente positivo e motivador:

Um ambiente de aprendizado positivo é fundamental. É importante reforçar as conquistas, valorizar os esforços e criar metas realistas e alcançáveis para que o aluno sinta que está progredindo.

A atitude do professor é fundamental. Sua sensibilidade, compreensão e solidariedade com os estudantes que apresentam a discalculia, permite que eles sintam que o professor está ciente de suas dificuldades e isso terá grande importância para sua autoestima.

Conversar com os estudantes sobre quais são suas dificuldades, o que funciona bem para eles e ouvir suas sugestões sobre o que poderá ajudá-los, poderá ter grande diferença no processo ensino-aprendizagem. É importante estar aberto a experimentar coisas novas e fazer da sala de aula um lugar seguro e descontraído.

Desenvolvimento de habilidades de vida prática:

Incluir matemática prática, como contar dinheiro, planejar uma compra ou medir ingredientes em uma receita, ajuda o aluno a ver o valor do que está aprendendo. Essas atividades tornam o aprendizado mais relevante e reforçam habilidades úteis no cotidiano.

Intervenções como essas, quando aplicadas de maneira consistente e paciente, ajudam estudantes com discalculia a desenvolver habilidades matemáticas de forma mais eficaz, além de contribuírem para seu bem-estar emocional e desenvolvimento acadêmico.



Saiba Mais

Livros:

BACK, Gilmara Cristine. **Dificuldades e distúrbios de aprendizagem**. 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>.

DINIZ, L. F. M.; MATTOS, P. **Discalculia do desenvolvimento**. 1. ed. São Paulo: Editora Ampla, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>.

Artigos Científicos:

BERNARDI, J., & Stobäus, C. D. Discalculia: conhecer para incluir. **Revista Educação Especial**, 1(1), 47–59, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X2386>

PASSOS, Adriana Quimentão; CAZELLA, Ariane Vasques; ARAMAN, Eliane Maria Oliveira; DEL GROSSI, Edy Simone. Dificuldade de Aprendizagem em Matemática: Discalculia. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2015. DOI: 10.17921/2447-8733.2011v12n1p%. Disponível em: <https://revistaensinoeducacao.pgsscogna.com.br/ensino/article/view/2889>.

RICAHRTZ Terezinha; GONÇALVES Julia Eugênia. **Psicopedagogia institucional: sugestões de um roteiro de intervenção no ensino superior**. Rev. Psicopedagogia 2016; 33(102): 385-395. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n102/15.pdf>

Dissertação e Relatório:

TREVISAN, Marlon C.; SCREMIN, Greice. **Discalculia e outras dificuldades de aprendizagem: um olhar para o ensino dos números naturais e das operações fundamentais da matemática**. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática (PPGECIMAT). Universidade Franciscana, 2019. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/431692>.

SILVA, William Rodrigues Cardoso da. **Discalculia: uma abordagem à luz da Educação Matemática**. Relatório Final Projeto de Iniciação Científica – Universidade de Garulhos, 2006. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/MATEMATICA/Monografia_Silva.pdf

Vídeos do Youtube:

Canal Neuropsiquiatria-Neurologia-Psiquiatria

Prof^a. Dra. Elisabeth Castelon Konkiewitz (Neurologista e Psiquiatra)

<https://www.youtube.com/@ElisabeteCastelon>

Neste canal você encontrará vídeos sobre alguns transtornos e sobre a Discalculia do desenvolvimento.

Canal Vivian Borges Psicopedagoga

<https://www.youtube.com/@VivianBorgesPsicopedagoga>

Nele você encontrará vídeo curtos de aproximadamente 10 a 12 min sobre transtornos de aprendizagem. Sobre a discalculia:

- O que é Discalculia? Saiba agora como identificar!
- Discalculia - O que é? Saiba agora como identificar os sintomas e conheça os tratamentos.
- O que é discalculia? Quais são os tipos?
- Discalculia – Você conhece os sinais?
- Discalculia em adolescentes. Sinais e sintomas que podem ser percebidos!
- Discalculia - O que é? Saiba agora como identificar os sintomas e conheça os tratamentos.
- Discalculia em adultos! Quais são os sinais, como fazer o diagnóstico?



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-book. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024

BASTOS, J.A. **O cérebro e a matemática**. São Paulo: Edição do Autor, 2008.

COELHO, Diana T. **Dislexia, disgrafia, disortografia e discalculia**.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/350896352_Dislexia_Disgrafia_Disortografia_e_Discalculia. Acesso em: 22 out. 2024

GARCÍA, Jesus Nicasio. **Manual de dificuldades de aprendizagem:** linguagem, leitura, escrita e matemática. Tradução de Jussara Haubert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

HUDSON, Diana. **Dificuldades específicas de aprendizagem:** ideias práticas para trabalhar com - dislexia, discalculia, disgrafia, dispraxia, TDAH, TEA, Síndrome de Asperger e TOC. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 22 out. 2024.

MOURA, M. O. **A séria busca no jogo:** do lúdico na matemática. In KISHIMOTO, T. (Org.). Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1996. p. 73-87.

Síndrome de Down

Wagner Nery Copola¹



O que é?

Podemos iniciar o debate com algo simples que já é apresentado no nome da referida deficiência que iremos conversar um pouco mais nesse tópico. A Síndrome de Down, como o próprio nome diz, é uma síndrome e não uma doença.

Vale lembrar que Doença é um processo que altera o funcionamento normal do organismo; assim a doença pode ser tratada, controlada e até mesmo curada, o que não é o caso das Síndromes.

Outra questão pertinente, frente ao debate da dimensão saúde-doença, é compreender que esse processo está associado não somente aos fatores biológicos e etiológicos, mas também compreende os aspectos sociais, econômicos, culturais, bem como aspectos emocionais e familiares.

As síndromes são um conjunto de sintomas e sinais que são comuns as pessoas que as possuem, e no caso da Síndrome de Down, a pessoa tem um cromossomo a mais em suas células.

A Síndrome de Down é causada pela presença de três cromossomos 21 em todas ou na maior parte das células. Também é conhecida como Trissomia do cromossomo 21, a pessoa tem 47 cromossomos em suas células ao invés de 46, como a maior parte das pessoas.

O nome da Síndrome, se deu em homenagem ao pediatra inglês John Langdon Haydon Down, que no ano de 1866, foi o primeiro a identificar e descrever as características e fenótipos observados por aspectos tais como: bochechas proeminentes, fenda palpebral oblíqua e estreita, língua grande e grossa, nariz pequeno, alteração vascular e deficiência intelectual.

¹Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UniFOA)



Sintomas e características

A Síndrome de Down é identificada por meio de sinais e fenótipos característicos, sendo o diagnóstico clínico realizado com base na observação dessas particularidades.

Segundo a SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria (2023),

O diagnóstico da Síndrome de Down, é baseado no fenótipo e deve ser estabelecido logo após o nascimento. O conjunto dos sinais presentes no neonato, permite firmar o diagnóstico clínico em quase todos os casos. Quanto mais características específicas da Síndrome de Down forem identificadas, aumenta a segurança do diagnóstico clínico. (SBP, 2023, p. 04).

Assim, quanto maior o número de características presentes, mais evidente se torna o diagnóstico. Para sua confirmação, a análise das características clínicas pode ser complementada pelo exame de cariótipo. Esse exame genético detalha o tipo de alteração cromossômica, permitindo identificar se a síndrome é hereditária ou ocorre de forma espontânea.

Além disso, o cariótipo desempenha um papel crucial no aconselhamento genético, fornecendo informações valiosas para orientar as famílias.

A Síndrome de Down, é considerada uma das causas mais comuns da Deficiência Intelectual, apresentando algumas particularidades e características, principalmente no que tange a um déficit do desenvolvimento psicomotor e intelectual, dentre outras características, como:

- Rosto mais arredondado, olhos puxados e amendoados e orelhas pequenas;
- Mãos menores e dedos curtos, com “linha palmar única”;
- Língua protusa;
- Hipotonia (Tônus muscular reduzido);
- Crescimento mais lento (baixa estatura);
- Atraso no desenvolvimento cognitivo, apresentando uma deficiência intelectual, em graus leve a moderado.



Causas

A Síndrome de Down, como já pontuada anteriormente, é caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, mas do ponto de vista citogenético¹, esta alteração pode ser percebida de três diferentes formas:

Trissomia Simples

A forma mais comum de apresentação da Síndrome de Down é a trissomia simples, encontrada em aproximadamente 95% dos casos. Essa condição geralmente resulta de uma não disjunção cromossômica durante a meiose, ocorrendo de forma aleatória. A trissomia é caracterizada pela presença de um cromossomo extra no par 21. No cariótipo feminino, essa alteração é representada como 47, XX + 21, enquanto no masculino, é descrita como 47, XY + 21.

Translocação

A translocação cromossômica, que ocorre em 3 a 4% dos casos de Síndrome de Down, pode ser de origem esporádica ou herdada de um dos pais. No exame de cariótipo, essa condição é identificada pela presença de um cromossomo 21 ligado a outro cromossomo, geralmente o cromossomo 14. No cariótipo, essa alteração aparece como 46, XX, t (14;21) (14q21q) para indivíduos do sexo feminino e 46, XY, t(14;21) (14q21q) para indivíduos do sexo masculino. Abaixo está uma imagem ilustrando a Síndrome de Down no sexo masculino com trissomia causada por translocação.

Mosaicismo

O mosaicismo, é o tipo menos comum, que ocorre de 1 a 2% dos casos de Síndrome de Down. Nessa alteração, há presença de duas linhagens celulares, uma normal com 46 cromossomos e outra trissômica com 47 cromossomos.

¹ É um ramo da genética que estuda os cromossomos, suas estruturas, funções e possíveis alterações. Esse campo combina técnicas da genética e da citologia (estudo das células) para investigar anomalias cromossômicas e seu impacto na saúde humana. A citogenética aplica métodos como o cariótipo, que envolve a análise do conjunto de cromossomos de uma célula, organizados em pares para identificar possíveis alterações numéricas, como trissomias ou monossomias, e estruturais, como deleções, duplicações ou translocações. Essas análises são essenciais no diagnóstico de síndromes genéticas, como a Síndrome de Down, bem como no estudo de casos de infertilidade, abortos recorrentes e certas condições oncológicas, como leucemias e linfomas. Ver mais em: <https://www.dbmolecular.com.br/citogenetica>



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

A Educação como uma Política Social, se apresenta como um processo de mudança de comportamento que pode ocorrer em função de aprendizagens, que são projetadas, planejadas e avaliadas, assim, ela não seria apenas a transmissão do conhecimento, a educação deveria permitir ao aluno a emancipação crítica de sua realidade, sem se limitar às deficiências presentes nesses discentes.

Nessa perspectiva Nunes (2014) aponta que o processo de democratização tem por base a garantia do acesso à escola e isso não pode desconsiderar a esfera do Ensino Superior, daí refletirmos essa questão de modo mais atento, isto é, percebendo-se que a entrada de Pessoas com Deficiência no Ensino Superior é uma consequência das garantias de inclusão que devem estar presentes na Educação Básica.

Há diversas contradições, uma das quais é a questão da exclusão social, geradora do preconceito, que ocorre no espaço educativo. Para Costa (2020), as formas de excluir ainda são mascaradas, sendo a sociedade diariamente 'ensinada a excluir'. A esse modo alienado de reproduzir as formas de exclusão, soma-se aquela que naturaliza as várias formas de segregação praticadas no dia a dia, marginalizando ainda mais certos grupos.

A ampliação do acesso de classes vulnerabilizadas ao Ensino Superior é uma realidade, (sejam de pessoas que se autodeclaram negras, indígenas, pessoas LGBTQIA+, pessoas em situação de vulnerabilidade social, assim como Pessoas com Deficiência) e nos aponta como indicativo a necessária reflexão acerca das Políticas Sociais de Inclusão que uma Instituição de Ensino Superior implementa, pois, os sujeitos provenientes dos mais variados espaços sociais, também são variados.

A partir dessa breve reflexão, a inclusão de jovens com Síndrome de Down no Ensino Superior, é um processo, assim como a inclusão de outras deficiências, tem avançado nos últimos anos, mas ainda não chegou a sua completude. Tal realidade se deu a partir de Políticas Públicas de Inclusão, assim como as mudanças culturais e a constante luta dos movimentos sociais, em busca de visibilidade e acesso a garantia de direitos.

Frente a tal realidade, observa-se que,

A questão chave é a formação dos recursos humanos, ou seja, professores especializados que possam colaborar no processo de aprendizagem dos alunos. Reforçam

ainda as questões referentes à formação de professores e profissionais para o conhecimento sobre Educação Especial e Inclusiva, principalmente por meio de pesquisas e projetos de extensão e citam que as ações devem influenciar em propostas para políticas públicas inclusivas na escola e sociedade. (BOTELHO, 2019, p. 37)

Importante ressaltar que, apesar da Síndrome de Down, estar caracterizada como Deficiência Intelectual, não significa afirmar e nem este ser um determinante, frente ao desenvolvimento social e intelectual-cognitivo. É importante ressaltar a subjetividade e demais características do indivíduo, principalmente quanto aos estímulos recebidos na infância, que são fundamentais para o desenvolvimento autônomo.

Um fator essencial e determinante, frente a inclusão e mediação pedagógica, em especial no Ensino Superior, é o diálogo. Você deve estar se perguntando: *“Como assim, diálogo, conversa?”* E a resposta é *“SIM”*!

Atualmente, precisamos ouvir as pessoas com deficiência inseridas nas IES, e adequar os métodos de ensino ao desenvolvimento do aluno com DI, dentro do seu tempo e da sua subjetividade. Através do diálogo poderemos aprender e buscar os recursos viáveis e necessários para colaborar na trajetória acadêmica e profissional do universitário com DI/Síndrome de Down. (BOTELHO, 2019, p. 41)

O movimento inclusivo, inicialmente, é um ato político! É de grande valia, tornar o aluno, parte do seu processo de inclusão; respeitando suas diferenças e individualidades, bem como, estimular suas potencialidades, ao invés de observar ou argumentar suas limitações.

O ponto chave, para a inclusão, de TODAS as deficiências, assim como a Síndrome de Down, parte do pressuposto do interesse do docente frente a capacitação, objetivando uma educação inclusiva, que busque eliminar todas as barreiras, sejam elas físicas, pedagógicas e principalmente atitudinais¹.

A literatura contemporânea, no debate da inclusão de alunos com deficiência, apresenta alguns aspectos que podem auxiliar o docente no manejo frente a tal diversidade.

Cabe ressaltar que não existe um manual, onde pesquisamos metodologias específicas “do que fazer ou do que não fazer” com o aluno com Síndrome de Down, mas abaixo podemos elencar, algumas ações que contribuem ainda mais para a emancipação do aluno, frente a possíveis dificuldades:

¹ Barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

- Avaliar o aluno na sua integridade, observando seus pontos de interesse e satisfação, observando possíveis limitações, enfatizando e evidenciando suas potencialidades;
- Demonstrar-se participativo junto aos interesses do aluno, construindo assim, um vínculo de confiança, para que o aluno se sinta seguro frente aos desafios de sala de aula;
- Adaptar o currículo e sua metodologia de ensino, a partir daquilo que o seu aluno tem de melhor, priorizando as atividades que desenvolvam suas habilidades e autonomia;
- Ter uma linguagem e uma comunicação acessível e clara;
- Aproximar o conteúdo pedagógico a partir da vivência do aluno, construindo uma realidade mais concreta e real;
- Proporcionar um ambiente (sala de aula) mais interativo, promovendo a socialização entre ambos os alunos;
- Utilizar-se de metodologias que buscam o campo da organização, mobilidade e autonomia;
- Respeitar o ritmo do aluno, levando em consideração que a Síndrome de Down, ocasiona um aprendizado mais “lento”, buscando atividades com repetição;
- Buscar suporte, sempre que necessário, com os demais profissionais de saúde, que realizam o acompanhamento clínico do aluno, bem como estar próximo do grupo familiar.



Saiba mais

Filmografia

O Filho Eterno (2016):

<https://youtu.be/1YCfPhopDRw?si=fe0tjK9AT2iJelZ7>

Colegas (2012):

<https://youtu.be/4vZakwzAs7E?si=XIb2H2YQFeyobWXq>

O que é a Síndrome de Down (2013):

<https://youtu.be/qkz9OKlBrvI?si=nyupYRBem3e08619>

Podcast

Ciência ao Pé do ouvido (Universidade Federal de Uberlândia – UFU):
<https://open.spotify.com/episode/1ldgPAD4M028zDBi5wm6kn?si=uZdjtfDhTRiXCFqBmhhTcg&t=17&context=spotify%3Ashow%3A5DcAFQhER3S1xFVsYLFuc9>

Curiosidades

Síndrome de Down não é uma doença, e sim uma alteração genética.

Apesar da deficiência, a pessoa com Síndrome de Down não são todas iguais, elas possuem diferentes características, tanto genéticas quanto emocionais e de personalidade.

É importante lembrar que as pessoas com síndrome de Down são tão diversas quanto qualquer outra população, com habilidades e talentos que variam de pessoa para pessoa.

As pessoas com Síndrome de Down não possuem a sexualidade mais afluída, igual comumente se propaga. Elas possuem a sexualidade idênticas a todas as outras pessoas; o que difere seria a negligência, negação e repressão do acesso à informação e expressão de sua sexualidade. Ainda é tratada como um grande tabu.

- Ver mais em: <https://apaecuritiba.org.br/sd-mitos-e-realidades/>



Referências

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE). **Informações sobre a Síndrome de Down**. 2020. Disponível em: <http://www.apaebrasil.org.br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 06 de julho de 2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/> Acesso em: 10 nov. 2024

BOTELHO, Deuzimar Helena de Oliveira. **Desafios da inclusão no ensino superior:** narrativas de uma universitária com Síndrome de Down, 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

COPOLA, Wagner Nery. **Inclusão de pessoas com deficiência:** vídeo aula como ferramenta de capacitação docente: um estudo de caso. / Wagner Nery Copola. - Volta Redonda: UniFOA, 2019.

COSTA, J. M.D.M.; ZANCANARO PIECZKOWSKI, T. M. **Inclusão de estudantes com deficiência na educação superior na perspectiva da gestão universitária.** Educação em Revista, [S. l.], v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/37814>. Acesso em: 12 nov. 2024.

MARIO, Camila Gonçalves de. **Determinantes sociais da saúde:** apontamentos para uma Abordagem Crítica. Mediações - Revista de Ciências Sociais, Londrina, v. 28, n. 3, p. 1-18, 2023. DOI: 10.5433/2176-6665.2023v28n3e47718. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/47718>. Acesso em: 13 nov. 2024.

LIMA, Teresa; SANTOS, José Carlos dos. **Síndrome de down:** conceitos e Práticas. São Paulo: Santos Editora, 2016.

MENDES, Rodrigo Hübner. **Educação inclusiva na prática:** experiências que ilustram como podemos acolher todos e perseguir altas expectativas para cada um / organização Rodrigo Hübner Mendes. — São Paulo: Fundação Santillana, 2020. Disponível em: <https://www.fundacaosantillana.org.br/wp-content/uploads/2020/07/EducacaoInclusivaPratica.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MANTOAN, Maria Tereza Eglér. **Inclusão escolar:** o que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Moderna, 2015. (Coleção cotidiano escolar)

MOVIMENTO DOWN. **Página principal.** 2024. Disponível em: <https://www.movimentodown.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

NUNES, Mário Luiz Ferrari; NEIRA, Marcos Garcia. **Processos de inclusão excludente presentes no ensino superior privado.** Educ. Real. [online]., v. 39, n. 4, p. 1209-1228, 2014.

PIECZKOWSKI, Tania Mara Zancanaro; **Inclusão de estudantes com deficiência na educação superior:** efeitos na docência universitária. 2014. 208f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diretrizes de atenção à saúde de pessoas com síndrome de down.** Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22400b-Diretrizes_de_atencao_a_saude_de_pessoas_com_Down.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

VERÍSSIMO, Thereza Cristina Rodrigues Abdalla. **Diagnóstico e Classificação da Síndrome de Down.** In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO

MARANHÃO. Atenção à Pessoa com Deficiência I: transtornos do espectro do autismo, síndrome de Down, pessoa idosa com deficiência, pessoa amputada e órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Atenção à Pessoa com Síndrome de Down. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/24545/1/Diagnostico%20e%20classificacao%20da%20Síndrome%20de%20Down.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024

Superdotação e Altas Habilidades

Adriana Silva Arantes Ernesto¹

Seria Superdotação e Altas Habilidades sinônimos? Estas nomenclaturas por muitos anos difundiram muitas ideias errôneas (mitos) sobre tais sujeitos que assim são classificados.



O que é?

O MEC (Ministério de Educação e Cultura) define que “alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvendo na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse” (Ministério da Educação, 2008, p.15).

Existem muitos mitos relativos a estes sujeitos. Na maioria das vezes se espera que um AHSD (portador de Altas Habilidades ou Superdotação) seja excelente em tudo. Que todas as disciplinas escolares sejam dominadas por ele em tempo recorde. Mas sabemos que não é assim que se caracteriza tal sujeito.

Virgolim (2007) indica que os termos “pessoa com altas habilidades” ou “pessoa superdotada” são mais apropriados para aqueles indivíduos que apresentam sinais ou indícios de uma habilidade superior em uma ou mais áreas do conhecimento, no comparativo entre pares. Ainda complementa dizendo que não é necessária que essa habilidade seja algo excepcional.

Por muitos anos identificava-se tal sujeito por seus resultados nos testes de QI (*Quociente de Inteligência*), mas tais testes só mediam capacidades de raciocínio,

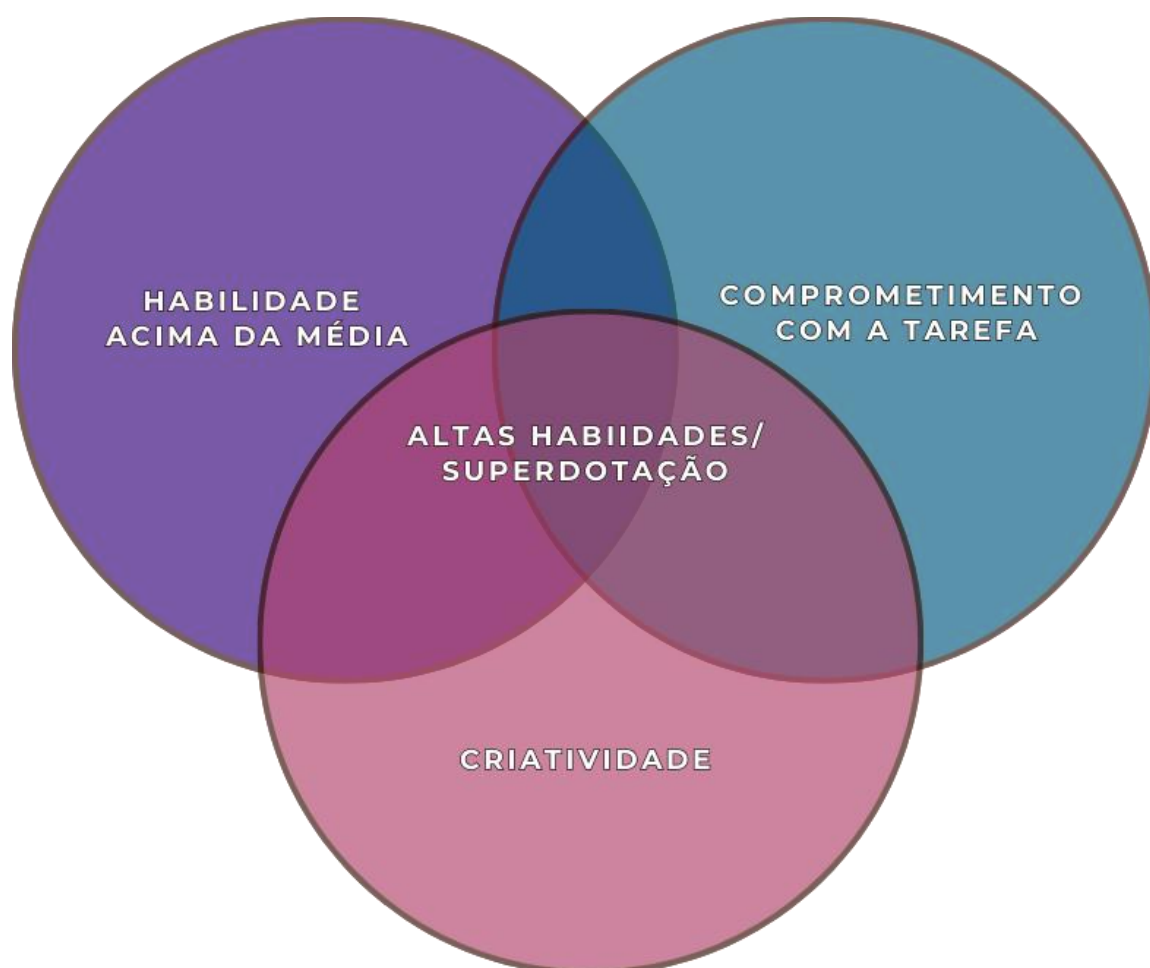
¹Especialista em Psicopedagogia (UniFOA)

julgamento e compreensão, porém deixavam a desejar nos quesitos liderança e criatividade.

Gardner em sua Teoria das Inteligências Múltiplas apresentou no mínimo oito tipos diferentes de inteligências que devem ser analisadas. Estas para ele não são visíveis nem mensuráveis; pois para ele as inteligências são localizadas em regiões variadas do cérebro e assim as AH/SD acontecem em um ou alguns domínios e não em todos.

Renzulli (1986, 2004) propõe a Concepção de Superdotação dos Três Anéis, apresentando este conceito a partir de uma representação gráfica na forma de intersecção de três círculos – Diagrama de Venn – que representam três traços considerados fundamentais para se reconhecer as altas habilidades/superdotação.

Figura 1: A concepção de AHSD dos Três Anéis



Fonte: Moretto Fogaça Consultoria

Disponível em :

<https://morettofogacaconsultoria.com.br/index.php/2022/10/05/modelo-dos-3-aneis-das-altas-habilidades-superdotacao/> Acesso em 01 nov. 2024

- **Comprometimento com a tarefa:** Sinais que revelam ao grau de motivação que o aluno se dedica a atividade proposta ou a uma área específica.
- **Criatividade:** Capacidade do aluno de unir diferentes informações para encontrar soluções para novas situações.
- **Habilidades acima da média:** Demonstração de habilidades natas ou adquiridas em variadas áreas e situações.

O Modelo dos Três Anéis enfatiza que: os comportamentos de superdotação podem se manifestar mesmo quando os três conjuntos de traços não estão presentes ao mesmo tempo. O autor deixa claro que nenhum deles é mais importante que o outro, podendo ser utilizados separadamente para a indicação de um aluno para o programa de altas habilidades (RENZULLI & REIS, 2012).

Existem dois tipos de Superdotação: Acadêmica e Produto-Criativa.

Sintomas e Características:

Superdotação Acadêmica é facilmente identificada por meio de testes padronizados e implica capacidades que são valorizadas no repertório da aprendizagem escolar. As Pessoas com Superdotação Acadêmica podem apresentar também as seguintes características:

- Resultados acima da média nas avaliações escolares;
- Vocabulário diversificado e amplo;
- Hábito de questionar;
- Necessita pouca repetição do conteúdo escolar;
- Aprende com rapidez;
- Apresenta longos períodos de concentração;
- Tem boa memória;
- É perseverante;
- Apresenta excelente raciocínio verbal e/ou numérico;
- É um consumidor de conhecimento.

Superdotação Produtivo-Criativa:

“São aqueles aspectos da atividade e do envolvimento humanos nos quais se incentiva o desenvolvimento de ideias, produtos, expressões artísticas originais e áreas do conhecimento” (RENZULLI, 2012, p. 83). As pessoas que apresentam a superdotação produtivo-criativa possuem as seguintes características:

- Não necessariamente apresenta QI superior;
- Pensa por analogias;
- É criativo e original;
- Usa o humor;
- Demonstra diversidade de interesses;
- Gosta de fantasiar;
- Gosta de brincar com as ideias;
- Não se importa com convenções;
- É inventivo, constrói novas estruturas;
- É sensível a detalhes;
- Procura novas formas de fazer as coisas.



Causas

De acordo com vários estudiosos, a superdotação está relacionada a fatores genéticos e a estímulos externos para aceleração do desempenho cerebral já que o AHSD tem conexões cerebrais complexas e não mais neurônios como se pensava há alguns anos. Há ainda uma linha de estudos que afirma que um sujeito pode desenvolver Altas Habilidades se hiper-estimulado desde sua primeira infância, sabendo que desenvolveria conexões cerebrais acima da média.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Na Instituição de Ensino muito se pode fazer para que o aluno AH/SD se sinta pertencente e desenvolva suas habilidades de forma sistemática.

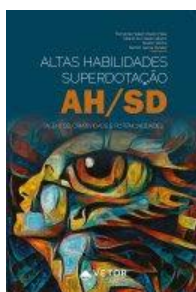
Apontamos algumas alternativas de atendimento e estratégias de apoio para os estudantes com AH/SD:

- Adequação, complementação e/ou suplementação curricular;
- Criação de monitoria disciplinar para que ele utilize suas habilidades em prol de outros;
- Atividades em grupo para que se sinta parte do todo e não excluído como geralmente se sente;
- Aceleração (que é subdividida em diversas modalidades) e compactação curricular;
- Enriquecimento curricular - em suas modalidades;
- Avaliações adaptadas de acordo com suas capacidades e habilidades.



Saiba Mais

Livros:



Vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=9M5B07G1sYs>

<https://www.youtube.com/watch?v=YXjqBX47ShU>

Sites

Conselho Brasileiro de Superdotação: <https://conbrasd.org/>



Referências

BRASIL, Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF, jan. 2008. [Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela portaria n. 555/2007, prorrogada pela portaria n. 948/2007, entregue ao ministro da Educação em 7 de janeiro de 2008]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>. Acesso em: 03 Nov. 2024.

GARDNER, Howard. **Inteligência: um conceito reformulado**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

RENZULLI, J. S. **The Three Ring conception of giftedness: a developmental model for creative productivity**. In: FREITAS, S.N. e PÉREZ, S. B. *Altas Habilidades/Superdotação: atendimento especializado*. Marília: ABPEE, 2012.

VIRGOLIM, A. **Altas habilidades/superdotação: Encorajando Potenciais**. 2008. In: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/altashab1.pdf>

TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Nayara Silva de Alcantara Martins¹



O que é?

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI), também conhecido como deficiência intelectual, refere-se a uma condição caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e nas habilidades adaptativas de uma pessoa. Este transtorno afeta aspectos fundamentais da vida cotidiana, incluindo a comunicação, o cuidado pessoal, a capacidade de socialização, e outras atividades essenciais para a independência e bem-estar no ambiente social. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), descreve o TDI como um transtorno neurodesenvolvimental que emerge durante a infância e afeta de maneira significativa a capacidade de aprendizado e adaptação em diversas áreas da vida.

O funcionamento intelectual, um dos critérios para o diagnóstico de TDI, envolve o desempenho em atividades cognitivas como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, julgamento e aprendizado de experiências. Essas habilidades são avaliadas com base em testes padronizados de inteligência, onde a pontuação em uma faixa significativamente abaixo da média (geralmente um QI abaixo de 70) é considerada um indicador do transtorno. No entanto, o diagnóstico do TDI não depende apenas de um número, mas de uma avaliação ampla que inclui observações do comportamento adaptativo em contextos reais de vida.

As habilidades adaptativas representam a capacidade da pessoa de lidar com as demandas da vida diária, ajustando-se ao contexto em que está inserida. No caso do TDI, as dificuldades podem variar de leves a profundas e influenciam atividades que envolvem

¹ Mestre em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (UniFOA).

comunicação, interação social e habilidades práticas. Por exemplo, uma pessoa com TDI pode encontrar desafios na compreensão de instruções, no cuidado pessoal, na realização de tarefas escolares e no entendimento de normas sociais.

Estima-se que o TDI afete aproximadamente 1% a 3% da população mundial, com diferentes graus de comprometimento. As causas podem ser variadas, incluindo fatores genéticos (como a síndrome de Down), condições perinatais, traumas, infecções e exposições ambientais. Intervenções precoces e contínuas são fundamentais para maximizar o desenvolvimento das habilidades adaptativas e a qualidade de vida de indivíduos com TDI. Estas intervenções incluem apoio familiar, educacional e terapêutico, que devem ser ajustados às necessidades individuais, promovendo o desenvolvimento e a integração social.

Essencialmente, o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual é uma condição complexa e multifacetada, que exige compreensão e apoio contínuos da sociedade e dos profissionais de saúde, educação e assistência social. A abordagem inclusiva e multidisciplinar proporciona uma base para que indivíduos com TDI alcancem seu potencial máximo em um ambiente acolhedor e inclusivo.



Sintomas e Características

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual apresenta sintomas e características que variam em intensidade de acordo com o nível de comprometimento. Essas manifestações incluem limitações no funcionamento intelectual e nas habilidades adaptativas, afetando principalmente a capacidade de aprendizado, resolução de problemas e adaptação às exigências do cotidiano.

Limitações no Funcionamento Intelectual

- **Dificuldades cognitivas:** O TDI se caracteriza por dificuldades em áreas como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato e aprendizado de novas informações.
- **Desempenho abaixo da média em testes de inteligência:** Tipicamente, o TDI é diagnosticado em pessoas com uma pontuação de QI abaixo de 70, mas o

diagnóstico leva em consideração uma avaliação ampla, que inclui fatores culturais e contextuais.

- **Memória e atenção prejudicadas:** Indivíduos com TDI podem apresentar dificuldade para manter a atenção em atividades, memorizar informações e aprender de maneira independente.

Déficits em Habilidades Adaptativas

As habilidades adaptativas englobam as habilidades práticas e sociais necessárias para o funcionamento diário. Elas podem ser classificadas em três áreas principais:

- **Habilidades Conceituais:**
 - Dificuldade em aprender e aplicar habilidades acadêmicas, como leitura, escrita, matemática, raciocínio lógico e resolução de problemas.
 - Deficiências na memória de curto prazo e no processamento de informações, o que afeta a compreensão e o aprendizado de novos conceitos.
- **Habilidades Sociais:**
 - Limitações na comunicação e interação social, como dificuldade em compreender e reagir adequadamente a normas sociais.
 - Dificuldade em interpretar sinais sociais, o que pode resultar em comportamentos inadequados ou dificuldades para fazer amizades.
 - Problemas com a empatia e o entendimento do ponto de vista dos outros, o que pode afetar a capacidade de se relacionar com colegas e familiares.
- **Habilidades Práticas:**
 - Dificuldade em realizar atividades diárias, como cuidar da própria higiene, utilizar o transporte público, gerenciar o tempo e os compromissos.
 - Necessidade de apoio em atividades que exigem planejamento e organização, como fazer compras, cuidar da casa e cuidar da própria saúde.
 - Problemas para lidar com mudanças ou situações inesperadas, o que pode resultar em resistência a mudanças ou necessidade de rotinas rígidas.

Outras Características Comuns

Problemas de Linguagem e Comunicação: Muitos indivíduos com TDI apresentam atraso no desenvolvimento da linguagem e dificuldade para se expressar e compreender instruções complexas.

- **Dificuldades Emocionais e Comportamentais:** Podem apresentar problemas de comportamento, como impulsividade, ansiedade e, em alguns casos, agressividade, especialmente em situações de estresse.
- **Atraso no Desenvolvimento Motor:** Algumas pessoas com TDI apresentam atrasos motores, que podem variar desde dificuldades em habilidades finas, como segurar objetos, até habilidades grossas, como correr e pular.

Níveis de Severidade

O TDI é classificado em quatro níveis de severidade: leve, moderado, severo e profundo. Cada nível reflete a intensidade das limitações e a necessidade de suporte:

- **Leve:** A maioria consegue desenvolver habilidades sociais e práticas com algum suporte. Podem ter independência parcial, mas exigem ajuda em situações mais complexas.
- **Moderado:** Necessitam de apoio regular em atividades diárias e sociais. Têm dificuldades significativas em se adaptar a novos ambientes.
- **Severo:** Necessitam de apoio intensivo e contínuo para realizar atividades diárias e manter a segurança pessoal.
- **Profundo:** Requerem suporte completo em todas as áreas, incluindo mobilidade, comunicação e cuidado pessoal.

Essas características destacam a importância de uma abordagem personalizada e multidisciplinar no tratamento e no acompanhamento de indivíduos com TDI, envolvendo educadores, terapeutas e familiares, para promover o desenvolvimento das potencialidades e a integração social.

Causas Possíveis

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual pode ser causado por uma variedade de fatores, que afetam o desenvolvimento cerebral durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal. Essas causas são, muitas vezes, complexas e multifatoriais, podendo variar entre condições genéticas, ambientais e de saúde. Abaixo estão algumas das principais causas reconhecidas cientificamente:

Fatores Genéticos

- **Anomalias Cromossômicas:** Condições como síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21), síndrome de X frágil e síndrome de Prader-Willi estão entre as causas genéticas mais comuns de TDI.
- **Mutação de Genes Específicos:** Alterações em genes específicos podem afetar o desenvolvimento cerebral. A síndrome de Rett e a fenilcetonúria (PKU) são exemplos de condições genéticas que podem impactar o desenvolvimento intelectual.
- **Hereditariedade:** Em alguns casos, a deficiência intelectual pode ser herdada, embora nem sempre se manifeste da mesma forma entre os membros da família.

Fatores Pré-Natais (Durante a Gestação)

- **Infecções Maternas:** Infecções contraídas pela mãe durante a gravidez, como rubéola, sífilis, citomegalovírus e toxoplasmose, podem afetar o desenvolvimento do cérebro do bebê.
- **Exposição a Substâncias Tóxicas:** O consumo de álcool (como na síndrome alcoólica fetal), drogas e certos medicamentos pode comprometer o desenvolvimento neurológico do feto.
- **Desnutrição Materna:** A falta de nutrientes essenciais durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento cerebral, especialmente o consumo insuficiente de ácido fólico, que é vital para o fechamento do tubo neural.
- **Problemas na Formação do Sistema Nervoso:** Alterações ou malformações no desenvolvimento do sistema nervoso central, como microcefalia, podem resultar em deficiência intelectual.

Fatores Perinatais (No Momento do Nascimento)

- **Complicações no Parto:** A falta de oxigênio (hipóxia) durante o parto pode causar lesões cerebrais permanentes, resultando em deficiência intelectual.
- **Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer:** Bebês prematuros ou com baixo peso têm maior risco de apresentar déficits neurológicos devido à imaturidade dos órgãos e ao desenvolvimento incompleto do cérebro.
- **Trauma ao Nascer:** Dificuldades físicas durante o parto, como o uso de instrumentos para auxiliar a saída do bebê, podem resultar em danos cerebrais.

Fatores Pós-Natais (Após o Nascimento)

- **Infecções Neonatais:** Infecções graves, como meningite e encefalite, podem causar lesões cerebrais em crianças pequenas, resultando em TDI.
- **Exposição a Substâncias Tóxicas na Infância:** Exposição a metais pesados (como chumbo e mercúrio) ou intoxicação por produtos químicos podem impactar o desenvolvimento intelectual.
- **Desnutrição na Infância:** A falta de uma dieta adequada nos primeiros anos de vida, rica em nutrientes essenciais, pode prejudicar o desenvolvimento cerebral.
- **Traumatismo Craniano:** Lesões graves na cabeça, especialmente em idade precoce, podem danificar o cérebro e afetar o desenvolvimento intelectual.
- **Privação de Estímulos e Ambiente de Negligência:** A ausência de interações sociais e de estímulos cognitivos durante a infância pode limitar o desenvolvimento cognitivo. Crianças em ambientes de negligência severa podem apresentar déficits em suas capacidades intelectuais.

Fatores Ambientais e Sociais

- **Condições Socioeconômicas e Acesso à Saúde:** Fatores como pobreza e acesso limitado aos cuidados de saúde podem contribuir para riscos aumentados de desnutrição, doenças e falta de acompanhamento durante a gestação e infância, o que pode impactar o desenvolvimento intelectual.
- **Estresse e Traumas:** A exposição precoce a situações de estresse severo, como violência ou perda de um dos pais, pode ter impacto negativo no desenvolvimento cerebral.

Embora as causas do TDI sejam variadas, o diagnóstico precoce e o suporte adequado podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e as habilidades adaptativas das crianças e adolescentes afetados. A intervenção, seja terapêutica, educacional ou de suporte familiar, permite que indivíduos com TDI possam alcançar o máximo de seu potencial dentro de suas capacidades, promovendo inclusão e independência ao longo de suas vidas.



Mediações Pedagógicas Docentes no Ensino Superior

Estratégias para alunos com transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI) no ensino superior são fundamentais para garantir a inclusão e o acesso equitativo ao conhecimento. Estas estratégias devem ser adaptadas às necessidades e características individuais, permitindo que o aluno participe e aprenda com autonomia e dignidade. Abaixo estão algumas das mediações pedagógicas mais importantes para o contexto do ensino superior:

- **Textos Simplificados e Ilustrados:** Fornecer textos em linguagem clara e acessível, com ilustrações ou esquemas, pode facilitar a compreensão de conteúdos complexos.
- **Material em Formato Digital e Recursos Multimídia:** Vídeos, áudios e gráficos interativos podem ajudar a complementar a aprendizagem e facilitar a compreensão.
- **Apoio com Anotações:** Fornecer resumos, mapas conceituais e orientações específicas de estudo pode ajudar a organizar as informações.
- **Tutoria por Colegas:** A presença de um colega de apoio pode auxiliar nas tarefas mais difíceis, como a organização das atividades e o esclarecimento de dúvidas.
- **Grupos de Estudo e Atividades Colaborativas:** Trabalhar em equipe permite que os estudantes com TDI aproveitem o suporte dos colegas e participem ativamente das discussões.
- **Diversificação das Formas de Avaliação:** Permitir avaliações em formatos diversos, como apresentações, projetos práticos, ou atividades orais, em vez de provas escritas complexas, facilita a expressão do conhecimento.
- **Tempo Adicional para Provas e Trabalhos:** Fornecer prazos mais longos ou dividir as avaliações em etapas menores pode ajudar a aliviar o estresse e dar espaço para o processo de aprendizagem.
- **Feedback Motivador:** Dar retorno frequente e detalhado, valorizando o progresso e orientando as melhorias necessárias, é importante para o desenvolvimento do estudante.

- **Organizadores Gráficos e Planejamento de Tarefas:** Ensinar a usar ferramentas como checklists, calendários e aplicativos de organização ajuda o aluno a gerenciar seu tempo e as atividades acadêmicas.
- **Metas de Aprendizagem Individuais:** Trabalhar com metas personalizadas, adaptadas ao ritmo do estudante, promove a independência e o senso de responsabilidade sobre o próprio aprendizado.
- **Ensino de Estratégias de Estudo:** Orientar sobre como resumir, esquematizar e revisar o conteúdo, além de ensinar métodos de estudo ativo, pode tornar o aprendizado mais eficiente e organizado.
- **Construção de um Ambiente Acolhedor e Inclusivo:** Um ambiente onde o estudante sinta-se aceito e valorizado incentiva a participação e o engajamento no processo de ensino-aprendizagem.
- **Metodologias Ativas:** Estratégias como sala de aula invertida, estudos de caso e aprendizado baseado em problemas incentivam o estudante a participar ativamente e facilitam a compreensão dos conteúdos.
- **Projetos Práticos e Contextualizados:** Estimular a aplicação prática do conhecimento permite que o estudante com TDI conecte o conteúdo acadêmico com situações reais, favorecendo o aprendizado significativo.

Essas mediações são fundamentais para promover a autonomia, a inclusão e o sucesso dos estudantes com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI) no ensino superior. A inclusão não deve ser vista como uma responsabilidade exclusiva de determinados profissionais, mas como um compromisso coletivo de todos os professores. Cada docente desempenha um papel crucial na criação de um ambiente acadêmico acessível e equitativo, oferecendo as condições necessárias para que todos os estudantes, independentemente de suas condições, possam desenvolver seu potencial pessoal e acadêmico de maneira plena e igualitária.



Saiba Mais

Os materiais de leitura complementar a seguir foram cuidadosamente selecionados para proporcionar uma compreensão mais aprofundada sobre o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI), com foco nas abordagens pedagógicas e nas

melhores práticas para a inclusão de estudantes com essa condição no ambiente escolar. Essas leituras têm como objetivo expandir o conhecimento dos professores sobre as estratégias de ensino que favorecem a autonomia e o sucesso acadêmico dos alunos com TDI, promovendo, assim, um ambiente mais inclusivo e equitativo.

Ao explorar esses materiais, os educadores serão incentivados a refletir sobre os desafios e as oportunidades da inclusão escolar, compreendendo as necessidades pedagógicas específicas desses estudantes e como adaptar suas práticas para atender a essas demandas. A ênfase estará na construção de ambientes de aprendizagem acessíveis, que respeitem as particularidades de cada aluno, e na promoção de estratégias que facilitem o desenvolvimento acadêmico e social de todos os estudantes.

Essas leituras complementares são essenciais para o fortalecimento de uma abordagem pedagógica mais humanizada, eficaz e consciente, reforçando a ideia de que a inclusão é responsabilidade de todos os profissionais da educação. Ao se dedicarem a essas leituras, os professores poderão enriquecer as discussões e atividades em sala de aula, aprofundando sua prática pedagógica e contribuindo para um ambiente de ensino mais inclusivo e acolhedor para os alunos com TDI.

- **Livro: "Deficiência Intelectual: Contribuições para a Prática Pedagógica"**

Autora: Marília de Fátima Martins de Souza e outros

Resumo: Este livro aborda questões pedagógicas relacionadas à deficiência intelectual, com ênfase nas práticas educacionais que promovem a inclusão. Ele oferece orientações sobre como adaptar o ensino e as metodologias para atender as necessidades de alunos com TDI, favorecendo o desenvolvimento acadêmico e social dentro da escola.

- **Livro: "Deficiência Intelectual e Inclusão: Aspectos Pedagógicos"**

Autoras: Ana Cláudia Mendes e Márcia Fonseca

Resumo: Este livro discute as estratégias pedagógicas para a inclusão de alunos com deficiência intelectual no contexto escolar, abordando a adaptação do currículo e das atividades, além de destacar a importância de uma educação que respeite as particularidades de cada estudante.

- **Livro: "Práticas Pedagógicas para Alunos com Deficiência Intelectual"**

Autora: Cecília Costa de Souza

Resumo: O livro oferece um conjunto de práticas pedagógicas que podem ser aplicadas na sala de aula para atender alunos com deficiência intelectual,

ressaltando a importância de estratégias diferenciadas e individualizadas para facilitar o aprendizado.

Vídeos no YouTube sobre o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI)

- **"Deficiência Intelectual: O que é e como lidar na escola?"**

Canal: Psicologia e Educação

Descrição: Este vídeo oferece uma introdução ao conceito de deficiência intelectual e traz orientações para os professores sobre como adaptar suas práticas pedagógicas para alunos com TDI. /Duração: Aproximadamente 10 minutos.

- **"TDI - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual:**

Como entender e auxiliar?"

Canal: Psicologia e Terapias

Descrição: O vídeo discute estratégias práticas de inclusão para estudantes com TDI, com foco em como os professores podem adaptar seu ensino para atender as necessidades desses alunos no ambiente escolar. /Duração: Aproximadamente 15 minutos.

- **"Inclusão de Alunos com Deficiência Intelectual na Educação Regular"**

Canal: Rede de Ensino Inclusivo

Descrição: Este vídeo aborda as práticas de inclusão de alunos com deficiência intelectual na educação regular, fornecendo orientações sobre como os professores podem criar ambientes de aprendizado mais acessíveis e equitativos. Duração: Aproximadamente 20 minutos

- **"Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI): Abordagem educativa e psicopedagógica"**

Canal: Psicopedagogia e Inclusão

Descrição: Vídeo que apresenta estratégias pedagógicas para trabalhar com alunos diagnosticados com TDI, com foco no apoio educacional e psicopedagógico. / Duração: Aproximadamente 25 minutos

- **"Como a Deficiência Intelectual Impacta o Processo de Ensino-Aprendizagem?"**

Canal: Educação Especial

Descrição: O vídeo explica os impactos da deficiência intelectual no ensino e

aprendizagem, oferecendo estratégias práticas para adaptar o ensino de maneira inclusiva para alunos com TDI. /Duração: Aproximadamente 12 minutos



Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA AÇÃO POR DIREITOS DAS PESSOAS COM AUTISMO (ABRACA). **Portal da associação brasileira para ação por direitos das pessoas com autismo**. Disponível em: <https://abraca.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (ANPEPP). **Publicações sobre educação inclusiva e psicopedagogia**. Disponível em: <https://www.anpepp.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Inclusão Escolar e Transtornos de Aprendizagem**. São Paulo: Loyola, 2007.

ENSINO SUPERIOR INCLUSIVO: Desafios e Práticas. **Revista Brasileira de Educação Especial**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 181-200, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. Federação Nacional das APAEs - **Recursos e Publicações para Educação Inclusiva**. Disponível em: <https://www.apaebrasil.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

INSTITUTO RODRIGO MENDES. **Inclusão educacional e recursos para educadores**. Disponível em: <https://www.institutorodrigomendes.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

INSTITUTO RODRIGO MENDES. **Webinars sobre educação inclusiva**. Disponível em: <https://www.institutorodrigomendes.org.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MEDIÇÕES PEDAGÓGICAS E INCLUSÃO NO ENSINO SUPERIOR. **Journal of intellectual disabilities, londres**, v. 19, n. 4, p. 305-320, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MENDES, Ana Cláudia; FONSECA, Márcia. **Deficiência intelectual e inclusão**: aspectos Pedagógicos. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portal educação e inclusão**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

OPAS. **Desenvolvimento infantil**: fatores de Risco e Prevenção. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SCHALOCK, Robert L.; LUCKASSEN, Sharon A. **Deficiência intelectual**: definição, Classificação e Sistemas de Suporte. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TEST, Deborah W.; FOWLER, Catherine H.; WOOD, Wendy M. et al. **Tecnologia assistiva e inclusão**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA. **Inclusion and special needs education**. Coursera, 2024. Disponível em: <https://www.coursera.org/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

UNIVERSIDADE DE LONDRES. **Supporting children with difficulties in reading and writing**. edX, 2024. Disponível em: <https://www.edx.org/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of diseases (ICD-11)**. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/en/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

Transtornos da Comunicação: Fala e Fluência (Gagueira)

Priscila da Costa Felix Teixeira¹



O que é?

Os Transtornos da Comunicação são descritos no DSM-5-TR como um grupo de alterações que acometem as habilidades de compreensão e produção da linguagem e/ou outras formas de comunicação de modo eficaz. Estas dificuldades podem impactar desde a capacidade de articular palavras corretamente até a habilidade de compreender e empregar a linguagem de forma adequada ao contexto social. A comunicação inclui comportamentos verbais e não verbais que influenciam o comportamento, as ideias ou as atitudes de uma outra pessoa durante a interação. Os transtornos de comunicação podem se manifestar na fala, linguagem ou ambos (APA, 2022). Embora a fala e a linguagem sejam aspectos inter-relacionados (CANONGIA, 2005), podemos distingui-los conceitualmente como mostra a Tabela 1.

¹ Mestre em Saúde da Comunicação Humana (FCMSCSP).

Tabela 1: Diferença conceitual entre fala e linguagem

FALA		LINGUAGEM
A fala é a produção dos fonemas (sons das palavras). Envolve, articulação, ritmo, fluência e ocorre pela emissão vocal.		A linguagem é o sistema que organizamos para comunicar significados, pensamentos e ideias a outras pessoas. A linguagem antecede a fala e é simbólica.

Fonte: Elaborado pela autora

O DSM-5-TR descreve como transtornos da comunicação:

- Transtorno da fala*
- Transtorno da Fluência (Gagueira)*
- Transtorno da linguagem
- Transtorno da comunicação social (Pragmática).

*Este capítulo é voltado para os seguintes transtornos:
Transtorno de Fala e Transtorno da Fluência (Gagueira).



Sintomas e características:

A produção da fala se deve à articulação clara dos fonemas, exigindo tanto o conhecimento fonológico dos sons da fala quanto a capacidade de coordenar os movimentos articulatorios (ex.: mandíbula, língua e lábios) com a respiração e a emissão sonora ou vocal (PERELLÓ, 1995; COTTONI, 2018; FISH, 2019).

Transtorno de Fala: Acomete a capacidade de produzir corretamente os sons ou fonemas, podendo ocorrer: trocas, omissões e distorções que dificultam a compreensão do que é dito (PERELLÓ, 1995). Tal transtorno pode ser de origem fonológica ou articulatória, (LIMONGI, 2003; BERNARDI et al., 2024), como mostra o Fluxograma 1. As

dificuldades aparecem no início do desenvolvimento e podem ser sanadas se houver intervenção adequada. Entretanto, a pessoa com transtorno de fala, pode ser encaminhada para o fonoaudiólogo em qualquer idade (MARCHESAN, 2013).

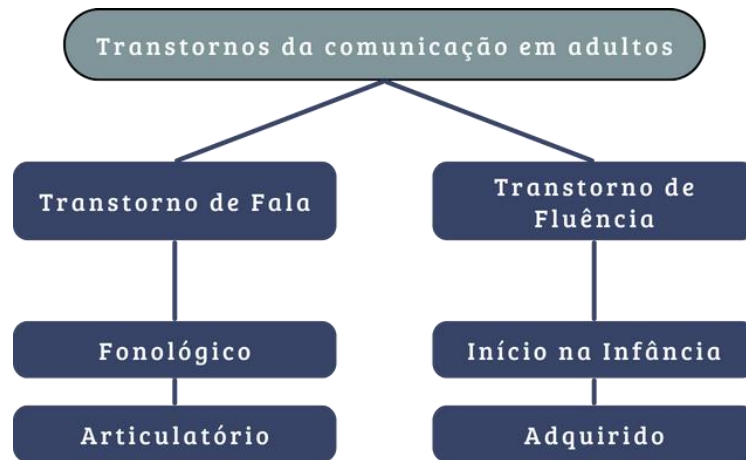
O transtorno de fala de origem articulatória, pode estar acompanhado de alterações na mastigação, deglutição, quadros respiratórios e oclusão dentária (TOMÉ & ODA, 2014). O quadro de maior severidade na coordenação de movimentos articulatórios, imprecisão significativa e alteração prosódica, é chamado Apraxia (FISH, 2019).

Por outro lado, as alterações de fala que são persistentes, e com prognóstico de correção mais reservado, são aquelas que surgem decorrentes de condições congênitas ou adquiridas, tais como: paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda auditiva, lesão cerebral traumática ou outras condições médicas ou neurológicas (APA, 2022).

Transtorno da Fluência: Popularmente conhecido como Gagueira, é caracterizado por interrupções no fluxo da fala, como repetições de sons, sílabas, ou palavras, além de bloqueios ou prolongamentos de sons (APA, 2022). Estas ocorrências dificultam o fluxo da comunicação e podem causar ansiedade no indivíduo e fazê-lo evitar situações sociais (ANDRADE, 2014). A disfluência costuma aparecer durante a conversação e situações sociais e, geralmente, está ausente durante a leitura oral, o ato de cantar, conversar com objetos inanimados ou animais de estimação (APA, 2022).

Esta condição, geralmente tem início na infância e persiste ao longo da vida ou pode ser adquirida na idade adulta, e dois tipos são diferenciados de acordo com o início dos sintomas e as alterações na fluência (BARBOSA, 2003), como mostra o Fluxograma 1. Os sintomas da gagueira com início na infância podem ser minimizados após a intervenção adequada, porém as alterações no fluxo não são totalmente sanadas e persistem ao longo da vida, além de se agravarem diante de situações de *stress* e ansiedade (ANDRADE, 2014).

Fluxograma 1: Transtornos da Comunicação em adultos



Fonte: Elaborado pela autora

Pessoas com Transtorno de fala, podem apresentar uma evitação da exposição em público. Já as pessoas com Transtorno de fluência, apresentam essa evitação em um grau significativamente maior, podendo revelar um temor antecipatório do problema numa tentativa de evitar disfluências e, utilizam mecanismos linguísticos que nem sempre são eficazes, como: mudança na velocidade da fala, evitação de algumas palavras ou sons que costumemente são mais difíceis para aquele indivíduo, uso de enunciados curtos e simples, e costumam apresentar sintomas secundários, como tremores, tensão física dentre outros (BARBOSA, 2003; ROCHA, 2003).



Causas

Transtorno de fala: As alterações na fala têm várias causas. Dependendo do transtorno de fala identificado, pode haver alterações nas estruturas orais, envolvidas nos processos de fonação e articulação, estar associado a estímulos ambientais, ou até mesmo às questões de processamento auditivo como percepção e discriminação dos sons, memória e processamento fonológico (PERELLÓ, 1995; KESKE-SOARES et al., 2008).

Gagueira: Embora a gagueira envolva principalmente as características motoras de fala, a causa da alteração não pode ser exclusivamente atribuída ao sistema motor. Para além do motor, fatores linguísticos como a complexidade da frase e a sua extensão, podem

aumentar a frequência da gagueira (JAKUBOVICZ & BASBAUM, 2011; TETTE, 2024). Portanto, as causas não são completamente compreendidas, mas acredita-se que seja multifatorial (BARBOSA, 2003). Os fatores genéticos também são considerados, pois o risco de gagueira entre parentes biológicos de primeiro grau é mais de três vezes maior do que o risco na população em geral (APA, 2022).



Mediação Pedagógica docente no Ensino Superior:

Atitudes empáticas podem minimizar os impactos negativos em ambiente social tanto para as alterações de fala quanto de fluência (TETTE, 2024). Ao conversar com uma pessoa que possui um transtorno de comunicação, procure promover uma relação comunicativa positiva. A atitude do professor diante de uma pessoa com transtorno da comunicação no ensino superior é crucial para criar um ambiente acolhedor.

Em relação aos Transtornos de Fala, uma conversa amigável para o encaminhamento ao fonoaudiólogo, pode esclarecer ao estudante que a dificuldade dele pode ser sanada mediante tratamento adequado. Em contrapartida, aquelas alterações que são persistentes devem ser respeitadas e uma atitude empática se faz necessária: mostrando ao aluno que o conteúdo do que é dito tem uma importância maior que a sua forma de falar (MARCHESAN, 2013). A Tabela 2, sugere orientações a serem seguidas.

Tabela 2: Orientações gerais para a conversação

Transtorno da fala
• Não corrija ou fique pontuando a frequência da alteração apresentada. • Evite apelidos ou imitações indevidas. • De forma cuidadosa, oriente a procura por um fonoaudiólogo que poderá auxiliar na correção das alterações.
• Evite interromper a pessoa, completar a sua fala ou tentar adivinhar o que a pessoa quer falar. Apenas espere que a pessoa conclua! • Erros não devem ser frisados, imitados ou rotulados. • Mostre que você está interessado no conteúdo do que a pessoa diz e não na forma como ela está falando. • Questões emocionais podem agravar os sintomas da gagueira em diferentes situações, portanto procure não fazer julgamentos (como “nervosismo”, “falta de confiança”) ou comentários negativos. • Mantenha o contato visual com a pessoa.

Em relação ao Transtorno de Fluência/Gagueira, o impacto da alteração costuma ser mais abrangente na vida da pessoa que gagueja (TETTE, 2024). Portanto, demonstrar empatia, compreensão e respeito, sem interromper ou corrigir a fala da pessoa, contribuem significativamente para que ele se sinta seguro e valorizado (MARCHESAN, 2013), conforme as orientações gerais citadas na Tabela 2. Além disso, o ensino superior é um ambiente acadêmico e social, assim, ao promover um espaço em que a gagueira é tratada com naturalidade, o professor ajuda a reduzir o estresse e a ansiedade que podem exacerbar o problema, favorecendo a participação ativa e a confiança do aluno nas atividades acadêmicas. Esse apoio pode impactar positivamente o desempenho acadêmico e o desenvolvimento pessoal do estudante. Para estratégias mais específicas no cotidiano das aulas, veja as orientações sugeridas na Tabela 3.

Tabela 3: Orientações gerais para o docente

Transtorno de fluência/ Gagueira	
Para favorecer a comunicação entre aluno e o professor	• No ato da matrícula, deixar o aluno à vontade para colocar a existência de gagueira e, possivelmente, evitar constrangimentos no primeiro dia de aula com as apresentações de cada um em todas as aulas. • Abrir a possibilidade para o aluno optar pelo melhor meio de comunicação para ele. • Propor um canal não verbal de comunicação, em que o aluno se sinta mais à vontade (ex.: e-mail, grupo de whatsapp), inclusive para dúvidas sobre o conteúdo dado em sala. • Evitar exposição deste aluno, solicitando sua participação oralmente sem um combinado prévio. • Ter uma opção de participação não verbal em assuntos a serem discutidos em aula. Exemplo: abrir uma votação levantando a mão.
Para as apresentações de trabalhos acadêmicos	• Possibilitar a gravação de áudio ou vídeo como uma alternativa à apresentação oral. • Possibilitar a apresentação de trabalho escrito. • Manter a igualdade na nota e volume de conteúdo proposto em trabalhos apresentados por outros meios. • Encorajar a participação na iniciação científica, mesmo que a apresentação oral seja muito valorizada neste meio, o aluno pode auxiliar no conteúdo intelectual por trás dos projetos de pesquisa. • Encorajar o aluno a se desenvolver mais nas áreas em que demonstrar afinidade e direcioná-lo para tais atividades. • Fomentar pesquisas por meio de formulários online.

Fonte: Elaborado pela autora com a contribuição de Kaio Ribeiro

As orientações que foram sugeridas ao docente, contaram com a contribuição de um adulto com gagueira, a partir de relatos pessoais.

Agradeço ao Kaio Cristian da Costa Ribeiro, pela abertura, relato sincero e demonstração de autenticidade. A coragem que isso exige, transparece algo maior: O impacto benéfico da informação na vida de outras pessoas.

A consciência e o perfil de personalidade da pessoa com gagueira podem auxiliar nas trocas comunicativas a respeito do tema. Portanto, o docente deve procurar saber com o próprio aluno, quais são suas preferências e desconfortos em relação a comunicação e

ajustar suas propostas individualmente para que o potencial do mesmo não fique encoberto pela sua forma de comunicação.



Saiba mais

Instituto Brasileiro de Fluência (IBF): <https://www.gagueira.org.br/>

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): <https://www.sbfa.org.br/>

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): <https://www.asha.org/>



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ANDRADE, C.F. Gagueira. In: MARCHESAN, Irene Q.; JUSTINO, Hilton; TOMÉ, Marileda C. **Tratado das especialidades em fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Roca, 2014.

BARBOSA, L.M.G., **Noções básicas sobre a gagueira suas características, sua etiologia e as teorias sobre sua natureza**. In: RIBEIRO, I.M., Gagueira. São José dos Campos: Pulso, 2003.

BERNARDI, A. C. S., Botura, C., Alves, G. S., & Ribas, L. P. (2024). **Instrumento de avaliação fonológica: evidências de validade de conteúdo e de processos de resposta**. *Codas*, 36(2), e20220324.

CANONGIA, M. B., **Manual de terapia da palavra**. 5ª. edição, Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

COTTONI, D. M., **Fisiologia do exercício muscular na motricidade orofacial**. In: GIANNECCHINI, T. & MAXIMINO, L.P., **Programa de intervenção prático-produtivo para indivíduos com transtorno fonológico**. Ribeirão Preto: Booktoy, 2018.

FISH, M. A., **Como tratar apraxia de fala na infância**. Barueri: Pró-fono, 2019.

JAKUBOVICZ, R. & BASBAUM, F.T., **Tratamento da gagueira na criança -exercícios práticos para construir a fluência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011

KESKE-SOARES, M. et al. **Eficácia da terapia para desvios fonológicos com diferentes modelos terapêuticos**. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 20, n. 3, p. 153–158, jul. 2008.

- LIMONGI, S.C.O., **Fonoaudiologia. informação para a formação.** Linguagem. Desenvolvimento Normal, Alterações e Distúrbios - Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003
- MARCHESAN, I.Q., **Falar – habilidade que aproxima ou afasta as pessoas.** In: FILHO, OTACÍLIO L.; CAMPIOTTO, Alcione R.; LEVY, Cilmaria Cristina Alves da C.; REDOND. **Novo tratado de fonoaudiologia.** 3rd ed. Barueri: Manole, 2013.
- PERELLÓ, J. **Transtornos da fala.** 5ª. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.
- ROCHA, E.M.N., **O adulto que gagueja.** In: RIBEIRO, I.M., Gagueira. São José dos Campos: Pulso, 2003.
- TETTE, Carine Cristine Arnoud. **Autopercepção da comunicação de falantes com e sem gagueira.** 2024. 89 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Marília, 2024.
- TOMÉ, M.C., ODA, A.L. **Intervenção fonoaudiológica nos distúrbios de fala – a origem fonética e a origem fonológica.** In: MARCHESAN, Irene Q.; JUSTINO, Hilton; TOMÉ, Marileida C. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Roca, 2014.

Transtornos Psicológicos

“—

A mente também pode
adoecer, e isso não é fraqueza.
Todo mundo precisa de apoio
em algum momento.

—”

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE



O que é?

Elizabeth Nair Duarte S. Soares¹
Vitor Siqueira de Moraes Mesquita²

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V edição (DSM-V), os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Diferem entre si nos tipos de situações ou de objetos que induzem sentimentos de ansiedade e medo de comportamento de evitação ou de pensamentos disfuncionais associados a cada um.

Diferenças entre Ansiedade e Transtorno de Ansiedade:

Ansiedade e Transtornos da Ansiedade são conceitos relacionados, mas distintos:

Ansiedade:

- Reação natural e saudável do organismo para se proteger em situações de perigo ou ameaça;
- Estado emocional normal de preocupação ou medo em resposta a situações específicas;
- Sentimento temporário e adaptativo;
- Pode ser motivador para tomar ações;
- Não interfere significativamente na vida cotidiana.

Transtornos de Ansiedade:

- Condições psicológicas caracterizadas por ansiedade excessiva e persistente;
- Interferem significativamente na vida cotidiana, nas relações e no desempenho;
- Pode incluir sintomas físicos e emocionais intensos como sentimentos de medo, preocupação ou inquietação excessivos e sintomas físicos, como sudorese, tremores ou palpitações;

¹Mestre em Educação (Estácio)

²Mestre em Psicologia (UFRRJ)

- Requer tratamento profissional.

Outras diferenças entre Ansiedade e Transtornos de Ansiedade:

Intensidade: Ansiedade é um sentimento normal, enquanto Transtornos da Ansiedade são condições mais severas.

Duração: Ansiedade é temporária, enquanto Transtornos da Ansiedade são persistentes.

Impacto: Ansiedade não interfere significativamente na vida, enquanto Transtornos da Ansiedade tem impacto significativo.

Principais Tipos de Transtornos da Ansiedade:

Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, cada um com características específicas. Abaixo estão elencados os mais prevalentes:

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG);
- Transtorno de Pânico (TP);
- Transtorno de Ansiedade Social (TAS) / Fobia Social (FS).



Principais sintomas e características

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

- Ansiedade e preocupação excessivas e persistentes sobre vários aspectos da vida, na maioria dos dias por pelo menos seis meses, principalmente relacionados às atividades escolares ou profissionais;
- Preocupação constante com o futuro.
- Dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às situações do momento
- Pode apresentar os seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, dificuldades de atenção e concentração, sensação constante de fadiga, irritabilidade. e tensão muscular.

Transtorno de Pânico (TP)

Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Apresentam ainda os seguintes sintomas:

- São recorrentes ou inesperados,
- Sentimento de apreensão constante por receio de sofrer novos ataques de pânico;
- Comportamento de esquiva de lugares ou situações não familiares;
- Sintomas físicos intensos, como palpitações e sudorese.

Transtorno de Ansiedade Social (TAS) /Fobia Social (FS)

Nesse transtorno, o indivíduo costuma evitar situações e interações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado.

- Medo excessivo de julgamento ou rejeição social, desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural;
- Evitação de situações sociais, como por exemplo, encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas.

As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.



Causas

Os transtornos de ansiedade são condições complexas que podem ser causados por uma combinação de fatores. Principais causas:

Fatores Biológicos:

- **Genética:** predisposição genética pode desempenhar um papel importante.
- **Neuroquímicos:** desequilíbrio de neurotransmissores, entre eles, serotonina e dopamina.
- **Hormônios:** mudanças hormonais, especialmente, em mulheres.

Fatores Psicológicos:

- **Trauma:** experiências traumáticas, como abuso ou perda.
- **Estresse crônico:** pressão constante no trabalho, relacionamentos ou finanças.
- **Personalidade:** tendência a ser perfeccionista ou controlador.

Fatores Ambientais:

- **Ambiente familiar:** crianças que crescem em lares com violência ou abuso.

- **Pressão social:** expectativas sociais, comparativos ou crítica.
- **Mudanças significativas:** mudança de casa, emprego ou relacionamento.

Fatores de Saúde:

- **Medicamentos:** efeitos colaterais de certos medicamentos.
- **Condições médicas:** doenças crônicas, dor ou problemas de saúde.
- **Uso de substâncias:** abuso de álcool ou drogas.

Outros Fatores:

- **Histórico familiar:** antecedentes de transtornos de ansiedade na família.
- **Idade:** maior risco em adolescentes e adultos jovens.
- **Gênero:** mulheres são mais propensas a desenvolver transtornos de ansiedade.

É importante lembrar que cada pessoa pode experimentar ansiedade de maneira única. Um diagnóstico preciso por um profissional de saúde mental é essencial para desenvolver um plano de tratamento eficaz.



Mediação Pedagógica Docente no Ensino Superior

Esses transtornos podem afetar a aprendizagem de várias maneiras:

Efeitos fisiológicos na Aprendizagem

Palmas das mãos frias, suadas, nervosismo, aceleração dos batimentos cardíacos e da respiração, ou uma dor de estômago.

Efeitos psicológicos na Aprendizagem

- **Dificuldade de atenção e concentração:** A ansiedade pode impedir o foco e a atenção, tornando difícil absorver e processar informações
- **Memória comprometida:** a ansiedade crônica pode afetar a consolidação de memórias e dificultar a recuperação de informações armazenadas.
- **Evitação de desafios:** o medo de falhar ou de não estar à altura pode levar à evitação de tarefas e atividades desafiadoras.
- **Dificuldade de organização e planejamento:** a ansiedade pode afetar a capacidade de estabelecer prioridades e gerenciar o tempo.
- **Impacto no bem-estar emocional:** a ansiedade pode afetar a autoestima, a confiança e a motivação.

- Atitude passiva e desinteressada em relação aos estudos.
- Mau desempenho nas avaliações de aprendizagem e nos trabalhos acadêmicos.

Dicas para o professor orientar o estudante a lidar com a ansiedade e melhorar a aprendizagem:

- Técnicas de relaxamento (respiração profunda, meditação);
- Exercícios físicos regulares;
- Organização e planejamento;
- Busca de apoio emocional;
- Ajustes no ambiente de estudo (iluminação, ruído);
- Uso de recursos de tecnologia para gerenciar a ansiedade;
- Agenda virtual para organização e planejamento, alarmes e lembretes para gerenciar o tempo.

Sugestões de estratégias de apoio à aprendizagem para o professor:

O professor na educação superior pode desempenhar um papel fundamental ao lidar com alunos com transtornos de ansiedade, criando um ambiente de apoio e inclusão. Abaixo seguem algumas estratégias:

- **Sensibilidade e empatia:** reconheça a existência dos transtornos de ansiedade e demonstre compreensão;
- **Comunicação aberta:** encoraje os alunos a compartilharem suas necessidades e preocupações, promovendo a autorreflexão dos seus pontos fortes e fracos;
- **Orientação clara:** explicar os critérios de avaliação e expectativas em relação ao desempenho do aluno nas tarefas;
- **Flexibilidade:** ofereça opções de entrega de tarefas, avaliações (orais ou escritas, com consulta ou não) e participação nos trabalhos acadêmicos (individual ou em grupo);
- **Ajustes razoáveis:** forneça acomodações com menos pessoas e ruídos, com tempo adicional para provas ou uso de tecnologia. Pode fornecer também matérias de estudos suplementares;
- **Promover feedbacks construtivos:** focar na sua evolução e não no resultado, monitorando seu progresso e, se precisar, ajustar as estratégias para melhorar seu desempenho;
- **Recursos adicionais:** informe sobre serviços de apoio, como aconselhamento e grupos de apoio;
- **Formação contínua:** busque conhecimento sobre transtornos de ansiedade e estratégias de apoio;
- **Ambiente inclusivo:** promova um clima de respeito e compreensão na sala de aula;
- **Discrição:** mantenha a confidencialidade e respeite a privacidade dos alunos.



Conclusão

Cada aluno é único, sendo essencial adaptar as estratégias às necessidades individuais. Ao criar um ambiente de apoio, o professor pode ajudar os alunos a superar os desafios da ansiedade e alcançar seu potencial acadêmico.

É fundamental orientar o estudante a buscar ajuda profissional quando estiver enfrentando sintomas de Transtornos da Ansiedade. Um diagnóstico preciso e tratamento adequado podem melhorar significativamente a qualidade de vida. Profissionais da Saúde Mental – psicólogos e psiquiatras - podem oferecer orientação e apoio para desenvolver estratégias eficazes.

Nesse sentido, as instituições de ensino superior e seus profissionais envolvidos nos aspectos psicopedagógicos, bem como os professores deveriam refletir criticamente sobre este contexto, conhecer as características dos alunos e os processos de formação, articulando estratégias para auxiliar os estudantes a enfrentarem as dificuldades do cotidiano, visando a redução do sofrimento mental e melhorando a qualidade de vida desse grupo de indivíduos.



Saiba Mais

TAG:

<https://www.youtube.com/watch?v=Gl7Xc6QqHU4&pp=ygUkdHJhbnN0b3JubyBkZSBhbnNpZWRRhZGUgZ2VuZXJhbGl6YWRRh>

TP:

<https://www.youtube.com/watch?v=Q1j3zobrNYE&pp=ygUVdHJhbnN0b3JubyBkZSBww6JuaWNv>

TAS:

<https://youtu.be/Uf5Bx-Zwlik?si=lrOBaifLg-j7S0bp>



Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BERNARDELLI, Luan Vinicius; PEREIRA, Camila; BRENE, Paulo Rogério Alves; CASTORINI, Luccas Damasceno da Cunha. **A ansiedade no meio universitário e sua relação com as habilidades sociais**. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, Campinas; Sorocaba, SP, v. 27, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/avaliacao/article/view/4921>. Acesso em: 13 nov. 2024.

CARVALHO, E. A.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MILANI, R. G.; MARTINS, M. C. **Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior: Anxiety scores in university entering and graduating students from a higher education institution** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 14, n. 3, p. 1290 – 1298, 11 out. 2015.

COSTA, L. V. V. T. da; OLIVEIRA, L. C. de A.; GARÇÃO, D. C.; MORAIS, M. de B.; CARMO, C. D. S. do; TEIXEIRA, V. da S.; FRAGA, B. P. **Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em alunos de terapia ocupacional submetidos a metodologias ativas de ensino: Prevalence and factors associated with depression and anxiety in Occupational Therapy students submitted to active teaching methodologies**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 17671–17686, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n4-251. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/34656> Acesso em: 13 nov. 2024.

SOARES, Adriana Benevides; MONTEIRO, Marcia Cristina Lauria de Moraes; SANTOS, Zeimara de Almeida. **Revisão sistemática da literatura sobre ansiedade em estudantes do ensino superior**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v.13, n.3, p.992-1012, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000300014&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 13 nov. 2024.

TRANSTORNO DO PÂNICO

Adilson Dias Bastos¹



O que é?

Antes de falarmos um pouco sobre o transtorno do pânico, vamos entender primeiro aquilo que chamamos de ataques de pânico. Um ataque de pânico é um surto abrupto de ansiedade, de medo intenso ou de um desconforto intenso, que alcançam um pico em minutos e que geralmente não duram mais que meia ou uma hora.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), podemos falar de um transtorno do pânico quando esses ataques de pânico ocorrem de forma repetitiva e inesperada. É inesperado, porque não é previsível e parece vir do nada, mesmo com a pessoa relaxada ou até mesmo dormindo.

A frequência e a gravidade do ataque de pânico variam muito de pessoa para pessoa. Em termos de frequência, pode haver ataques razoavelmente frequentes (um ataque por semana, por exemplo) durante meses. Pode haver pequenos surtos de ataques mais frequentes (todos os dias, por exemplo) podendo, por outro lado, ficar semanas ou meses sem ataques. Pode haver, ainda, ataques menos frequentes (dois por mês, por exemplo).

Já em termos de gravidade, as pessoas com transtorno de pânico podem ter ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas que caracterizam o transtorno) ou com sintomas limitados (menos de quatro sintomas que caracterizam o transtorno). A quantidade e o tipo de sintomas do ataque de pânico frequentemente diferem de um ataque de pânico para o seguinte. Por outro lado, é importante acrescentar que para o diagnóstico do transtorno de pânico é preciso a ocorrência mais de um ataque de pânico completo inesperado.

¹Doutor em Psicologia Social (UERJ)



Sintomas e características

Os ataques de pânico são crises marcantes de ansiedade, nas quais ocorrem descargas do sistema nervoso. Nelas ocorrem sintomas como “batedeira” ou taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos nos braços, pernas, dedos e lábios.

Nas crises intensas, os pacientes relatam a sensação de a cabeça ficar leve, de o corpo ficar estranho, sensação de perda do controle e estranhar-se a si mesmo, o que chamamos de “despersonalização”.

Além disso, ocorre com frequência nos ataques de pânico um impactante medo de ter um ataque do coração, de ter um infarto, de morrer ou de que vai enlouquecer.

Os ataques são de início abrupto (chegam ao pico em 5 a 10 minutos) e de curta duração (duram em média 15 minutos e raramente mais de 1 hora). São muitas vezes desencadeados por determinadas condições, como estar em aglomerados humanos, ficar “preso” em congestionamento no trânsito, em avião, elevador, ônibus, supermercados com muita gente, shopping centers ou estar em situações de suposta ameaça.

Denomina-se o quadro de transtorno de pânico caso as crises sejam recorrentes, repetitivas e, juntamente, com o desenvolvimento do medo de ter novas crises, de infartar ou de enlouquecer.

O psiquiatra Paulo Dalgalarondo (2000) considera como ataques de pânico a ocorrência de ao menos quatro dos seguintes eventos:

- palpitações ou taquicardia;
- sensação de falta de ar, desconforto respiratório;
- sensação de asfixia ou de estar sufocando;
- suor de mãos, pés, face, geralmente frio;
- Medo de perder o controle ou enlouquecer;
- Medo de morrer, de ter um ataque cardíaco;
- Tremores ou abalos;
- Formigamentos ou anestésias nos dedos e nos lábios;
- Ondas de calor ou calafrios;
- Desrealização (sensação de que o ambiente familiar está estranho);

- Despersonalização (sensação de estranheza quanto a si mesmo);
- Tontura, instabilidade;
- Dor ou desconforto torácico;
- Náusea ou desconforto abdominal.



Causas

Existe uma região do cérebro que é responsável pelo controle das emoções e da liberação de adrenalina (hormônio que faz com que o organismo se prepare para fugir ou lutar diante de um perigo). No transtorno do pânico, esse “alarme” cerebral dispara sem que haja um perigo concreto, provocando a sensação de medo e de mal-estar intenso.

Ainda não foram perfeitamente esclarecidas as causas do transtorno do pânico, mas acredita-se que fatores genéticos e ambientais, uso abusivo de certos medicamentos (anfetaminas, por exemplo), drogas e álcool possam estar envolvidos. Situações extremas de estresse, como crises financeiras, conflitos de relacionamento, separações ou mortes na família, experiências traumáticas na infância ou depois de assaltos e sequestros. Pessoas cujos pais têm transtornos de ansiedade são mais suscetíveis de desenvolver o transtorno do pânico.



Mediação Pedagógica Docente

Inicialmente, é importante saber que o tratamento é medicamentoso e psicoterápico.

A parte medicamentosa deve ser conduzida por médico psiquiatra e sua duração vai depender da intensidade da doença, sendo que se trata de um problema que pode ser controlado, mas para o qual não existe a cura completa.

A psicoterapia, realizada por psicólogo, objetiva auxiliar o paciente no resgate da autoconfiança necessária para o domínio dos ataques, através da consciência de si próprio e do fortalecimento do eu.

A pressão da família com relação à escolha profissional do estudante, indecisão e insatisfação (que são características da adolescência) e dificuldade para construir a própria identidade. Estes são alguns fatores que contribuem para que os jovens estudantes estejam vulneráveis ao transtorno de ansiedade, o que pode levar ao transtorno do pânico.

Apesar de alunos com transtorno do pânico não apresentarem déficit cognitivo, a emoção envolve a memória, sendo esta fundamental no processo de aprendizagem. Os alunos com transtorno do pânico tendem a sentir-se abandonados e desenvolvem padrões de comportamento estereotipado em função do medo que os paralisa.

Diante de situações em que precisam dar respostas, como apresentação de trabalhos, seminários ou provas, eles podem ter uma crise. Por conseguinte, mesmo estudando, se aplicando e sabendo o conteúdo, na hora da avaliação o pânico se instaura e ele trava, esquece e/ou bloqueia o acesso a tudo aquilo que ele havia estudado.

Como ajudar?

- Para ajudar uma pessoa que está passando por um ataque de pânico, controlar a respiração é uma das estratégias principais. Oriente-a se concentrar na respiração e a respirar mais lentamente;
- Pergunte se ela toma algum medicamento para crises agudas de pânico (em caso positivo, você pode ajudá-la a tomar nessa hora);
- Se for possível, leve-a para um ambiente mais calmo e tranquilo, longe de curiosos e/ou palpiteiros;
- Mude o foco dela para o momento presente (uma sugestão é focar em objetos que ela pode ver e tocar);
- Não tenha pressa, dê-lhe o acolhimento necessário. Converse de maneira acolhedora e jamais minimize o sofrimento dela. Não diga coisas típicas do senso comum, como: “isso só está na sua cabeça”, e sim frases como “eu sei que você está aflito, mas vai passar, eu estou aqui com você e vou te ajudar”.
- Centro Universitário Geraldo Di Biase possui o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA). O trabalho é realizado pelos estudantes dos últimos períodos do curso, o que permite que eles coloquem em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Este serviço é oferecido a toda a comunidade com preços acessíveis. Os interessados podem entrar em contato pelo telefone (24) 3345-1741 ou

diretamente no Serviço Escola, situado à Rua Deputado Geraldo Di Biase, 81, Aterrado, Volta Redonda, de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h.



Saiba Mais

<https://bvsmms.saude.gov.br/transtorno-do-panico/>



Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2000.

TRANSTORNO DEPRESSIVO

Victor Maximiliano Reis Tebaldi¹



O que é?

O transtorno depressivo é um dos transtornos mentais mais prevalentes no mundo. Trata-se de um problema multifatorial que impõe um grande fardo à sociedade, levando ao comprometimento do funcionamento individual, social, interpessoal e ocupacional. O transtorno depressivo maior é apontado pela Organização Mundial da Saúde como responsável pela maior carga de incapacidade entre os transtornos mentais e comportamentais (WHO, 2024).

A depressão é um transtorno emocional comum entre estudantes universitários. Ela pode não apenas afetar seu desempenho acadêmico, mas também pode prejudicar seu sucesso futuro.

O período universitário representa uma fase de mudanças significativas, onde os jovens desenvolvem novas habilidades, expandem redes sociais e adquirem conhecimento. Para muitos, essa fase pode ser estressante devido às mudanças no estilo de vida, na comunidade e nos relacionamentos. A transição da adolescência para a vida adulta inclui desafios como administrar a própria vida e lidar com independência. Essa fase permite aos jovens explorarem sua identidade e aspirações futuras, sendo frequentemente a primeira vez que vivem longe de casa por longos períodos.



Sintomas e Características

¹ Doutor em Ciências dos Alimentos (UFLA)

O transtorno depressivo é caracterizado principalmente por tristeza grave ou persistente, capaz de desencadear a perda na capacidade de sentir prazer nas atividades cotidianas, pode também gerar sentimento de culpa e desvalorização, e em casos graves, tendências suicidas.

Um episódio depressivo é identificado quando uma pessoa experimenta, por pelo menos duas semanas, humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades, juntamente com pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

- Mudanças no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora;
- Diminuição da energia;
- Sentimentos de desvalia ou culpa;
- Dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões;
- Pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

Quando ocorrem dois ou mais episódios depressivos, o diagnóstico é de transtorno depressivo maior.

Figura 1. Ilustração representando um estudante com depressão.

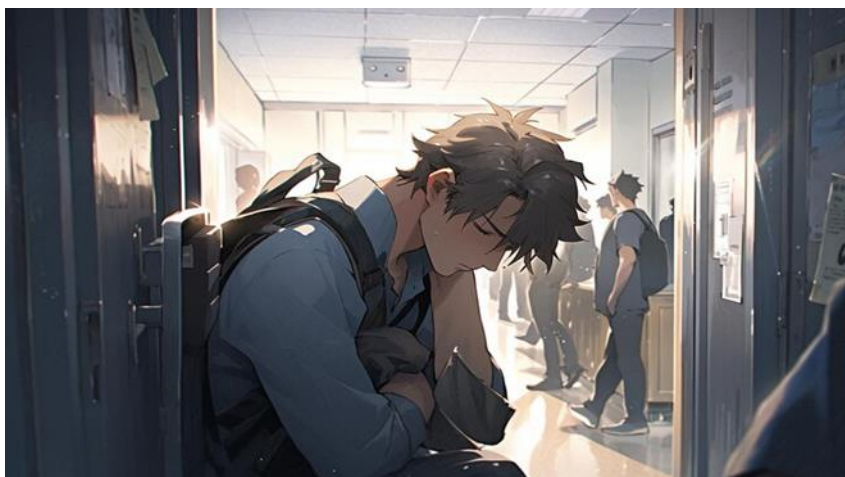


Imagem criada por Freepik (2024)



Causas

A depressão é um transtorno frequente e grave que impacta negativamente a vida cotidiana, dificultando o trabalho, sono, estudo, alimentação e momentos de lazer. Suas causas são variadas, incluindo fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos.

Sintomas depressivos entre estudantes universitários estão associados à tomada de decisões independentes, dificuldades financeiras e ao desempenho acadêmico, que na universidade é mais exigente do que no ensino médio. Durante a vida acadêmica, os estudantes enfrentam desafios como pressão de estudo, mudanças de residência e estilo de vida, pressão econômica e de emprego, tornando-os mais vulneráveis à depressão.



Mediação Pedagógica Docente

Para docentes do ensino superior que atendem estudantes com transtorno depressivo, é importante adotar práticas pedagógicas inclusivas e adaptadas às necessidades desses alunos. Aqui estão algumas orientações e práticas recomendadas:

- **Estabeleça um relacionamento colaborativo com o aluno:** Não hesite em conversar com alunos deprimidos sobre seus sentimentos. Ignorar a situação pode ser prejudicial, enquanto perguntar como eles se sentem raramente causa danos. Muitos buscam alguém que se importe e reconheça sua dor, mesmo que não pareça. Acima de tudo não desista deles!
- **Evite técnicas negativas:** Punição, sarcasmo, menosprezo e agressão passiva são ineficazes e podem reforçar sentimentos de incompetência e baixa autoestima, agravando a depressão. Lembre-se de que os alunos não escolhem estar deprimidos. Eles querem se sentir melhor e ter sucesso, assim como você deseja. Quando deprimidos, os alunos não têm os recursos pessoais para realizar seu melhor trabalho e superar seus desafios.
- **Realize ajustes ou acomodações nas tarefas:** Mantenha as expectativas e notas justas, mas ofereça mais tempo, divida as tarefas em partes menores, ajude na

configuração de cronogramas ou hábitos de estudo, seja flexível com os prazos ou pareie o aluno com colegas dispostos a ajudar, como parte das adaptações em sala de aula.

- **Planeje o sucesso:** Organize atividades em que os alunos possam ter sucesso e serem reconhecidos. Programe atividades prazerosas e ofereça oportunidades de liderança. É crucial que alunos deprimidos se sintam aceitos e que os professores confiem em suas habilidades.
- **Procure ajuda do psicólogo, orientador ou assistente social da escola:** Os profissionais de saúde mental da escola podem oferecer apoio e sugestões para ajudar alunos específicos, por meio de consultas, serviços diretos ou colaboração com a família e outras agências comunitárias.

Embora os alunos com depressão se beneficiem dos serviços de saúde mental, eles também obtêm grande apoio de adultos atenciosos no ambiente escolar com quem interagem diariamente. Compreensão, paciência, compaixão, conhecimento sobre a depressão, desejo de ajudar e compromisso em melhorar os resultados são essenciais para que esses alunos tenham sucesso na escola e na vida.



Saiba Mais

Sites:

<https://tuiuti.edu.br/blog/saude-mental-na-escola-como-dar-suporte-a-alunos-e-professores/>

<https://blogsaudereabilitacao.institutocarrer.com.br/psicopedagogia-e-saude-mental-suporte-educacional-para-estudantes-com-transtornos-de-ansiedade-e-depressao/>

<https://ibcces.org/blog/2019/03/12/teachers-fight-depression-mental-health-disorders/>

<https://ascd.org/el/articles/responding-to-a-students-depression>

Livros:

BECK, A.T.; ALFORD, B.A. **Depressão:** causas e tratamento. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRAGA, D.T.; VIVAN, A.S.; PASSOS, I.C. **Vencendo a depressão.** Porto Alegre: Artmed, 2024.



Referências

ALSUBAIE, M.M.; STAIN, H.J.; WEBSTER, L.A.D.; WADMAN, R. **The role of sources of social support on depression and quality of life for university students**, *international journal of adolescence and youth*, v.24, n.4, p.484-496, 2019.

ASIF, S.; MUDASSAR, A.; SHAHZAD, T.Z.; RAOUF, M.; PERVAIZ, T. **Frequency of depression, anxiety and stress among university students**. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, v.36, n.5, p.971-976, 2020.

BELUJON, P.; GRACE, A.A. **Dopamine system dysregulation in major depressive disorders**. *international journal of neuropsychopharmacology*, v.20, n.12, p.1036-1046, 2017.

CORYELL, W. **Transtornos Depressivos**. Revisado e corrigido: out. 2023. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos>>. Acesso em: 31 out. 2024.

GAO, L.; XIE, Y.; JIA, C.; WANG, W. **Prevalence of depression among chinese university students**: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, v.10, e15897, 2020.

INTERNATIONAL BOARD OF CREDENTIALING AND CONTINUING EDUCATION STANDARDS. **6 ways teachers can help fight depression and mental health disorders**. Disponível em: <<https://ibcces.org/blog/2019/03/12/teachers-fight-depression-mental-health-disorders/>>. Acesso em: 02 nov. 2024.

KOWALSKIA, L.; DELANOGAREB, E.; OLIVEIRA, T.B. **Um novo olhar para o tratamento do transtorno depressivo maior**: uma revisão dos estudos clínicos realizados com cetamina e escetamina. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, v.33, n.3, p.134-154, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão**. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 31 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depressive Disorder (Depression)**. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 31 out. 2024.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Victor Maximiliano Reis Tebaldi¹



O que é?

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença mental crônica importante devido à sua prevalência e incapacidade associada, onde o indivíduo apresenta obsessões e compulsões. Além de causar sofrimento e afetar a convivência com outras pessoas, a doença é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma das maiores causas de incapacitação das pessoas para o trabalho (WHO, 2023).

Os sintomas do TOC raramente aparecem de maneira isolada. Com frequência, eles são acompanhados por outros transtornos psiquiátricos, como depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de controle de impulsos, tiques ou síndrome de Tourette. Essas comorbidades dificultam encontrar um número significativo de indivíduos com TOC “puro”.



Sintomas e Características

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, imagens, impulsos ou desejos repetitivos e persistentes que são intrusivos, angustiantes ou perturbadores, e são comumente associados à ansiedade. Já as compulsões (também chamadas de rituais) são comportamentos ou pensamentos repetitivos realizados para lidar com a ansiedade ou sofrimento associados a obsessões, ou para atingir uma sensação de “completude”.

¹ Doutor em Ciências dos Alimentos (UFLA)

Figura 1. Ilustração representando uma pessoa com TOC



Imagem criada por Freepik (2024)

Os sintomas são frequentemente acompanhados por sentimentos de vergonha e segredo, e comumente incluem:

Obsessões mais comuns: preocupação com sujeira ou secreções corporais, medo de que algo terrível possa acontecer a si mesmo ou a alguém querido, preocupação com simetria e escrupulosidade, pensamentos agressivos ou sexuais intrusivos.

Compulsões: lavagem de mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo, rituais mentais.

A evitação é outra característica fundamental do TOC; os indivíduos podem restringir uma série de atividades para evitar que as obsessões sejam desencadeadas.

Vamos a um exemplo prático: uma pessoa com TOC pode ter obsessões relacionadas à contaminação. Por isso, ela pode evitar apertar mãos ou tocar em maçanetas em locais públicos. Para prevenir o desencadeamento dessas obsessões, essa pessoa pode até evitar sair de casa ou ir a eventos sociais, o que impacta significativamente sua rotina ou relacionamentos.

Quadro 1. Sintomas comuns em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo

Obsessão	Exemplos	Comportamentos compulsivos associados
Agressivo	Medo de prejudicar os outros, imagens violentas recorrentes.	Monitorar as notícias em busca de relatos de crimes violentos, pedindo garantias sobre ser uma boa pessoa
Contaminação	Medo de ser contaminado ou contaminar outros; medo de ser contaminado por germes, infecções ou fatores ambientais; medo de ser contaminado por pessoas más ou imorais	Rituais de lavagem e limpeza
Dúvida patológica, completude	Preocupações recorrentes sobre fazer as coisas incorretamente ou de forma incompleta, afetando negativamente o paciente ou outros.	Verificar excessivamente, executar ações em uma ordem específica
Religiosa	Pensamentos sobre ser imoral e condenação eterna	Pedir perdão, orar, buscar segurança
Autocontrole	Medo de fazer comentários inapropriados em público	Evitar estar perto de outras pessoas
Sexual	Pensamentos recorrentes sobre ser um pedófilo ou sexualmente desviante; pensamentos recorrentes sobre agir sexualmente de forma inapropriada com os outros.	Evitar situações que desencadeiam os pensamentos, realizar rituais mentais para neutralizar os pensamentos
Superstição	Medos de certos números ou cores "ruins"	Contar excessivamente
Simetria e exatidão	Pensamentos recorrentes sobre a necessidade de fazer as coisas de uma forma equilibrada ou exata	Ordenar e organizar

Fonte: Adaptado de FENSKE e PETERSEN (2015).

Muitas pessoas com TOC reconhecem que seus comportamentos compulsivos são exagerados. Por essa razão, costumam realizar esses rituais de forma discreta, mesmo que isso consuma várias horas do seu dia.

Portanto, os sintomas do TOC podem prejudicar os relacionamentos, levando a um baixo desempenho na escola, no trabalho ou em outros aspectos da vida cotidiana.



Causas

As causas exatas do TOC não são totalmente compreendidas, mas acredita-se que envolvam uma interação complexa entre neurobiologia, genética e fatores ambientais. Estudos sugerem que desequilíbrios nos neurotransmissores, como a serotonina, estão envolvidos no TOC. Além disso, histórico familiar de TOC, infecções, eventos estressantes na vida de uma pessoa, como a perda de um ente querido ou traumas e outras condições de saúde mental podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno ou piorar os sintomas.



Mediação Pedagógica Docente

Primeiro contato com o estudante neurodiverso:

- Não o trate de forma infantilizada, e nem o subestime;
- Cumprimente-o naturalmente, mas evite o contato físico;
- Seja sempre assertivo na comunicação;
- Procure se comunicar de frente para a pessoa.

Para docentes do ensino superior que atendem estudantes com TOC, é importante adotar práticas pedagógicas inclusivas e adaptadas às necessidades desses alunos.

Aqui estão algumas orientações e práticas recomendadas:

- **Rotina da disciplina apresentada no início do semestre letivo:** Apresentada de forma oral e escrita. Isso inclui disponibilização do cronograma de aulas e atividades, contendo datas e conteúdos ministrados.

- **Disponibilização do conteúdo teórico aos estudantes antes de cada aula expositiva:** É crucial para alunos com TOC, pois ajuda a reduzir a ansiedade, permite uma preparação adequada, promove autonomia e possibilita um apoio personalizado. Essas medidas criam um ambiente de aprendizado inclusivo e acolhedor, beneficiando todos os alunos.
- **Ambiente de aprendizado estruturado:** Manter um ambiente de sala de aula organizado e previsível pode ajudar os alunos com TOC a se sentirem mais seguros e focados.
- **Comunicação clara e consistente:** Estabelecer expectativas claras e comunicar-se de forma consistente pode ajudar os alunos a entenderem o que é esperado deles e a se sentirem mais confiantes.
- **Pergunte regularmente se há alguma dúvida:** Essa medida ajuda a aliviar a ansiedade dos estudantes com TOC, garante a compreensão do conteúdo e promove um ambiente de aprendizado inclusivo e participativo para todos os alunos.
- **Evite fazer críticas negativas em público:** Essa medida reduz a ansiedade e a vergonha dos estudantes com TOC, criando um ambiente de aprendizado seguro e solidário, o que melhora seu desempenho e bem-estar geral.
- **Faça pausas regulares, especialmente em aulas expositivas:** Pausas durante e entre as aulas são cruciais para o descanso mental e absorção do conteúdo. Estudantes, sejam neurodiversos ou típicos, absorvem melhor o aprendizado por cerca de uma hora e, após esse período, é recomendável um intervalo de pelo menos 15 minutos antes de introduzir novas informações.
- **Flexibilidade nas tarefas e prazos:** Conceda tempo extra e local reservado para realização de avaliações. Isso pode ajudar a reduzir o estresse e melhorar o desempenho acadêmico.
- **Apoio emocional:** Oferecer apoio e encorajamento pode ajudar os alunos a lidarem com o estresse e ansiedade associados ao TOC.
- **Técnicas de relaxamento:** Ensinando técnicas de relaxamento, como respiração profunda e meditação, pode ajudar os alunos a gerenciarem melhor suas compulsões e ansiedades.



Saiba Mais

Sites:

<https://www.ufrgs.br/toc/as-causas-do-toc>

<https://www.astocst.com.br/guia-para-professores/>

https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtorno-obsessivo-compulsivo-e-transtornos-relacionados/transtorno-obsessivo-compulsivo-toc#Sintomas_v11723132_pt

Livros:

SILVA, A.B.B. **Mentes e manias:** entendendo melhor o mundo das pessoas sistemáticas, obsessivas e compulsivas. 2. ed. São Paulo: Gente, 2004.

CORDIOLI, A.V. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CORDIOLI, A.V.; VIVAN, A.S.; BRAGA, D.T. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo:** manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.



Referências

CORDIOLI, A.V. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FENSKE, J.N.; PETERSEN, K. **Obsessive-compulsive disorder:** diagnosis and Management. American Family Physician, v. 92, n. 10, p. 896-903, 2015.

HIRSCHTRITT, M.E.; BLOCH, M.H.; MATHEWS, C.A. **Obsessive-compulsive disorder:** advances in diagnosis and treatment. JAMA, v. 317, n. 13, p. 1358-1367, 2017.

MENEZES, D.T.S. **Transtorno obsessivo-compulsivo influenciando no processo de ensino aprendizagem educacional.** Revista Primeira Evolução, ano IV, n. 46, p. 37-47, 2023.

PHILLIPS, K.A.; STEIN, D.J. **Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)**. Manual MSD: versão saúde para a família. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BAArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtorno-obsessivo-compulsivo-e-transtornos-relacionados/transtorno-obsessivo-compulsivo-toc#Sintomas_v11723132_pt. Acesso em: 26 out. 2024.

SILVA, G.S. **Boas práticas com estudantes neurodiversos**: orientações para docentes do ensino superior. 1. ed. Campos dos Goytacazes: Ed. da Autora, 2022.

STEIN, D.J.; COSTA, D.L.C.; LOCHNER, C. et al. **Obsessive-compulsive disorder**. Nature Reviews Disease Primers, v. 5, p. 52, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obsessive-compulsive disorder (OCD)**. Genebra: WHO, 2023.

...drives her car while the red...
...She speeds around a turn, the...
...Lady Gay... bordered by a beautiful...
...strip of...

REVIEW - SAME

AN

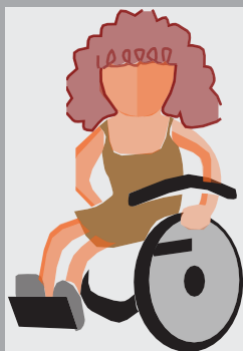
33a's car winds

THOMAS CAR - DAY

Anexos

Estatuto da Pessoa com Deficiência

Atualizado até julho de 2015



SENADO FEDERAL

Mesa

Biênio 2023 – 2024

Senador Rodrigo Pacheco

PRESIDENTE

Senador Veneziano Vital do Rêgo

PRIMEIRO-VICE-PRESIDENTE

Senador Rodrigo Cunha

SEGUNDO-VICE-PRESIDENTE

Senador Rogério Carvalho

PRIMEIRO-SECRETÁRIO

Senador Weverton

SEGUNDO-SECRETÁRIO

Senador Chico Rodrigues

TERCEIRO-SECRETÁRIO

Senador Styvenson Valentim

QUARTO-SECRETÁRIO

SUPLENTE DE SECRETÁRIO

Senadora Mara Gabrilli

Senadora Ivete da Silveira

Senador Dr. Hiran Senador

Mecias de Jesus

Estatuto da Pessoa com Deficiência

Lei nº 13.146/2015

7ª edição

SENADO FEDERAL



Brasília – 2024

Edição do Senado Federal Diretora-
Geral: Ilana Trombka
Secretário-Geral da Mesa: Gustavo A. Sabóia Vieira

Impressa na Secretaria de Editoração e Publicações Diretor: Rafael
A. Chervenski da Silva

Produzida na Coordenação de Edições Técnicas Coordenador:
Aloysio de Britto Vieira

Atualização e revisão técnica: Serviço de Pesquisa
Projeto gráfico e editoração: Serviço de Publicações Técnico-Legislativas Atualizada até
julho de 2024.

As normas aqui apresentadas não substituem as publicações do *Diário Oficial da União*.

Brasil.

[Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015)]
Estatuto da Pessoa com Deficiência: Lei nº
13.146/2015. – 7. ed. – Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas,
2024.
51 p.

Conteúdo: Lei nº 13.146/2015.

ISBN: 978-65-5676-514-3 (Impresso)
ISBN: 978-65-5676-515-0 (PDF)
ISBN: 978-65-5676-516-7 (ePub)

1. Pessoa com deficiência, legislação, Brasil. 2. Direitos e garantias individuais,
legislação, Brasil.

CDDir 341.272

Coordenação de Edições Técnicas
Senado Federal, Bloco 8, Mezanino, Setor 11 CEP:
70165-900 – Brasília, DF
Telefone: (61) 3303-3579
E-mail: livraria@senado.leg.br

Sumário

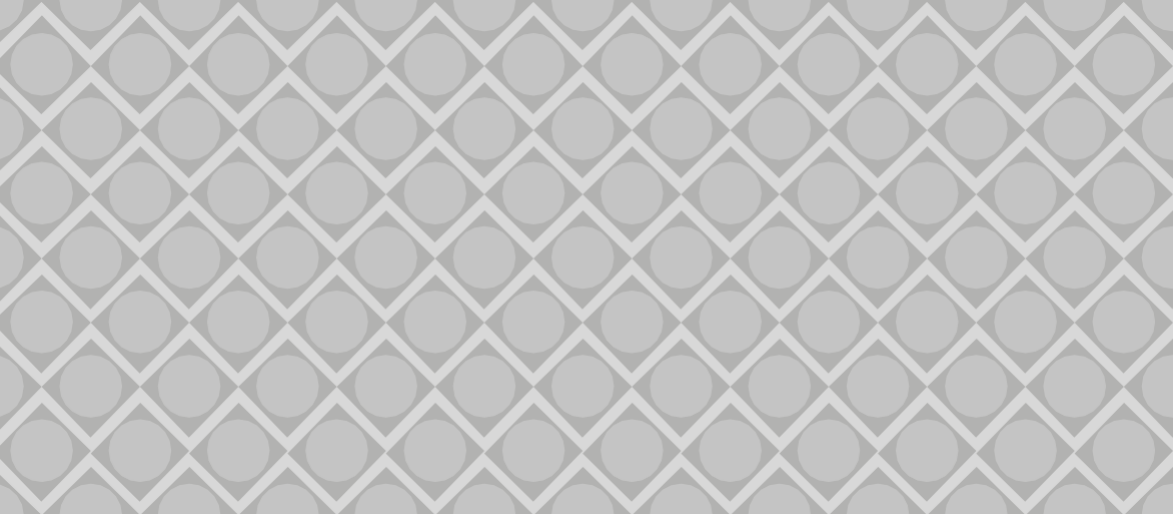
Estatuto da Pessoa com Deficiência

Lei nº 13.146/2015

Livro I – Parte Geral.....	8
Título I – Disposições Preliminares.....	8
Capítulo I – Disposições Gerais.....	8
Capítulo II – Da Igualdade e da Não Discriminação	12
Seção Única – Do Atendimento Prioritário.....	13
Título II – Dos Direitos Fundamentais.....	14
Capítulo I – Do Direito à Vida.....	14
Capítulo II – Do Direito à Habilitação e à Reabilitação	15
Capítulo III – Do Direito à Saúde	17
Capítulo IV – Do Direito à Educação.....	20
Capítulo V – Do Direito à Moradia	23
Capítulo VI – Do Direito ao Trabalho	24
Seção I – Disposições Gerais	24
Seção II – Da Habilitação Profissional e Reabilitação Profissional.....	25
Seção III – Da Inclusão da Pessoa com Deficiência no Trabalho	26
Capítulo VII – Do Direito à Assistência Social	27
Capítulo VIII – Do Direito à Previdência Social	28
Capítulo IX – Do Direito à Cultura, ao Esporte, ao Turismo e ao Lazer	28
Capítulo X – Do Direito ao Transporte e à Mobilidade	30
Título III – Da Acessibilidade	32
Capítulo I – Disposições Gerais.....	32
Capítulo II – Do Acesso à Informação e à Comunicação	36
Capítulo III – Da Tecnologia Assistiva	38
Capítulo IV – Do Direito à Participação na Vida Pública e Política.....	39
Título IV – Da Ciência e Tecnologia	40
Livro II – Parte Especial	41
Título I – Do Acesso à Justiça.....	41
Capítulo I – Disposições Gerais.....	41
Capítulo II – Do Reconhecimento Igual perante a Lei.....	42

Título II – Dos Crimes e das Infrações Administrativas	43
Título III – Disposições Finais e Transitórias.....	45

O conteúdo aqui apresentado está atualizado até a data de fechamento da edição. Eventuais notas de rodapé trazem informações complementares acerca dos dispositivos que compõem a norma.



Estatuto da Pessoa com Deficiência

Lei nº 13.146/2015

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

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:¹

LIVRO I – Parte Geral

TÍTULO I – Disposições Preliminares

CAPÍTULO I – Disposições Gerais

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

¹Nota do Editor (NE): nos dispositivos que alteram normas, suprimiram-se as alterações determinadas uma vez que já foram incorporadas às normas às quais se destinam.

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.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

§ 3º O exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º deste artigo poderá ser realizado com o uso de tecnologia de telemedicina ou por análise documental conforme situações e requisitos definidos em regulamento.

Art. 2º-A. É instituído o cordão de fita com desenhos de girassóis como símbolo nacional de identificação de pessoas com deficiências ocultas.

§ 1º O uso do símbolo de que trata o *caput* deste artigo é opcional, e sua ausência não prejudica o exercício de direitos e garantias previstos em lei.

§ 2º A utilização do símbolo de que trata o *caput* deste artigo não dispensa a apresentação de documento comprobatório da deficiência, caso seja solicitado pelo atendente ou pela autoridade competente.

Art. 3º Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;

III - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

V - comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações;

VI - adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência

possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

VII - elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, enca- namento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

VIII – mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbaniza- ção ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

IX pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

X - residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas) localizadas em áreas residen- ciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos;

XI - moradia para a vida independente da pessoa com deficiência: mora- dia com estruturas adequadas capazes de proporcionar serviços de apoio coletivos e individualizados que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência;

XII - atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIII - profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares nas quais se fizer necessária, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIV - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência,

podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.

CAPÍTULO II – Da Igualdade e da Não Discriminação

Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.

§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.

§ 2º A pessoa com deficiência não está obrigada à fruição de benefícios decorrentes de ação afirmativa.

Art. 5º A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante.

Parágrafo único. Para os fins da proteção mencionada no *caput* deste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência.

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

- I - casar-se e constituir união estável;
- II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Art. 7º É dever de todos comunicar à autoridade competente qualquer forma de ameaça ou de violação aos direitos da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. Se, no exercício de suas funções, os juízes e os tribunais tiverem conhecimento de fatos que caracterizem as violações previstas nesta Lei, devem remeter peças ao Ministério Público para as providências cabíveis.

Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

SEÇÃO ÚNICA – Do Atendimento Prioritário

Art. 9º A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de:

I - proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;

II - atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público;

III - disponibilização de recursos, tanto humanos quanto tecnológicos, que garantam atendimento em igualdade de condições com as demais pessoas;

IV - disponibilização de pontos de parada, estações e terminais acessíveis de transporte coletivo de passageiros e garantia de segurança no embarque e no desembarque;

V - acesso a informações e disponibilização de recursos de comunicação acessíveis; recebimento de restituição de imposto de renda;

VI - tramitação processual e procedimentos judiciais e administrativos em que for parte ou interessada, em todos os atos e diligências.

§ 1º Os direitos previstos neste artigo são extensivos ao acompanhante da pessoa com deficiência ou ao seu atendente pessoal, exceto quanto ao disposto nos incisos VI e VII deste artigo.

§ 2º Nos serviços de emergência públicos e privados, a prioridade conferida por esta Lei é condicionada aos protocolos de atendimento médico.

TÍTULO II – Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I – Do Direito à Vida

Art. 10. Compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida.

Parágrafo único. Em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a pessoa com deficiência será considerada vulnerável, devendo o poder público adotar medidas para sua proteção e segurança.

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

CAPÍTULO II – Do Direito à Habilitação e à Reabilitação

Art. 14. O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Art. 15. O processo mencionado no art. 14 desta Lei baseia-se em avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades de cada pessoa, observadas as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico e intervenção precoces;

II - adoção de medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões;

III - atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da pessoa com deficiência;

IV - oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência;

V - prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 16. Nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação para a pessoa com deficiência, são garantidos:

I - organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa com deficiência;

II - acessibilidade em todos os ambientes e serviços;

III - tecnologia assistiva, tecnologia de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;

IV - capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços.

Art. 17. Os serviços do SUS e do Suas deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social.

Parágrafo único. Os serviços de que trata o *caput* deste artigo podem fornecer informações e orientações nas áreas de saúde, de educação, de cultura, de esporte, de lazer, de transporte, de previdência social, de assistência social, de habitação, de trabalho, de empreendedorismo, de acesso ao crédito, de promoção, proteção e defesa de direitos e nas demais áreas que possibilitem à pessoa com deficiência exercer sua cidadania.

CAPÍTULO III – Do Direito à Saúde

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia.

§ 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.

§ 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;

II - serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;

III - atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;

IV - campanhas de vacinação;

V - atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais;

VI - respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência;

VII - atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida; informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

VIII - serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais;

IX - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais;

X - oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção.

Art. 19. Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de:

I - acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro;

II - promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança;

III - aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal;

IV - identificação e controle da gestante de alto risco;

V - aprimoramento do atendimento neonatal, com a oferta de ações e serviços de prevenção de danos cerebrais e sequelas neurológicas em recém-nascidos, inclusive por tele-saúde.

Art. 20. As operadoras de planos e seguros privados de saúde são obrigadas a garantir à pessoa com deficiência, no mínimo, todos os serviços e produtos ofertados aos demais clientes.

Art. 21. Quando esgotados os meios de atenção à saúde da pessoa com deficiência no local de residência, será prestado atendimento fora de domicílio, para fins de diagnóstico e de tratamento, garantidos o transporte e a acomodação da pessoa com deficiência e de seu acompanhante.

Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral.

§ 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

§ 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

Art. 23. São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde, em razão de sua condição.

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local

público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.

CAPÍTULO IV – Do Direito à Educação

Art. 27. A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único. É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 28. Incumbe ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar:

I - sistema educacional inclusivo em todos os níveis e modalidades, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida;

II - aprimoramento dos sistemas educacionais, visando a garantir condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, por meio da oferta de serviços e de recursos de acessibilidade que eliminem as barreiras e promovam a inclusão plena;

III - projeto pedagógico que institucionalize o atendimento educacional especializado, assim como os demais serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes com deficiência e garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia;

IV - oferta de educação bilíngue, em Libras como primeira língua e na modalidade escrita da língua portuguesa como segunda língua, em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas;

V - adoção de medidas individualizadas e coletivas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes com deficiência, favorecendo o acesso, a permanência, a participação e a aprendizagem em instituições de ensino;

VI - pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva;

VII - planejamento de estudo de caso, de elaboração de plano de atendimento educacional especializado, de organização de recursos e serviços de acessibilidade e de disponibilização e usabilidade pedagógica de recursos de tecnologia assistiva;

VIII - participação dos estudantes com deficiência e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

IX - adoção de medidas de apoio que favoreçam o desenvolvimento dos aspectos linguísticos, culturais, vocacionais e profissionais, levando-se em conta o talento, a criatividade, as habilidades e os interesses do estudante com deficiência;

X - adoção de práticas pedagógicas inclusivas pelos programas de formação inicial e continuada de professores e oferta de formação continuada para o atendimento educacional especializado;

XI - formação e disponibilização de professores para o atendimento educacional especializado, de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes e de profissionais de apoio;

XII - oferta de ensino da Libras, do Sistema Braille e de uso de recursos de tecnologia assistiva, de forma a ampliar habilidades funcionais dos estudantes, promovendo sua autonomia e participação;

XIII - acesso à educação superior e à educação profissional e tecnológica em igualdade de oportunidades e condições com as demais pessoas;

XIV - inclusão em conteúdos curriculares, em cursos de nível superior e de educação profissional técnica e tecnológica, de temas relacionados à pessoa com deficiência nos respectivos campos de conhecimento;

XV - acesso da pessoa com deficiência, em igualdade de condições, a jogos e a atividades recreativas, esportivas e de lazer, no sistema escolar;

XVI - acessibilidade para todos os estudantes, trabalhadores da educação e demais integrantes da comunidade escolar às edificações, aos ambientes e às atividades concernentes a todas as modalidades, etapas e níveis de ensino;

XVII - oferta de profissionais de apoio escolar;

XVIII - articulação intersetorial na implementação de políticas públicas.

§ 1º Às instituições privadas, de qualquer nível e modalidade de ensino, aplica-se obrigatoriamente o disposto nos incisos I, II, III, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII e XVIII do *caput* deste artigo, sendo vedada a cobrança de valores adicionais de qualquer natureza em suas mensalidades, anuidades e matrículas no cumprimento dessas determinações.

§ 2º Na disponibilização de tradutores e intérpretes da Libras a que se refere o inciso XI do *caput* deste artigo, deve-se observar o seguinte:

I - os tradutores e intérpretes da Libras atuantes na educação básica devem, no mínimo, possuir ensino médio completo e certificado de proficiência na Libras;

II - os tradutores e intérpretes da Libras, quando direcionados à tarefa de interpretar nas salas de aula dos cursos de graduação e pós-graduação, devem possuir nível superior, com habilitação, prioritariamente, em Tradução e Interpretação em Libras.

Art. 29. (Vetado)

Art. 30. Nos processos seletivos para ingresso e permanência nos cursos oferecidos pelas instituições de ensino superior e de educação profissional e tecnológica, públicas e privadas, devem ser adotadas as seguintes medidas:

I - atendimento preferencial à pessoa com deficiência nas dependências das Instituições de Ensino Superior (IES) e nos serviços;

II - disponibilização de formulário de inscrição de exames com campos específicos para que o candidato com deficiência informe os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva necessários para sua participação;

III - disponibilização de provas em formatos acessíveis para atendimento às necessidades específicas do candidato com deficiência;

IV - disponibilização de recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva adequados, previamente solicitados e escolhidos pelo candidato com deficiência;

V - dilação de tempo, conforme demanda apresentada pelo candidato com deficiência, tanto na realização de exame para seleção quanto nas atividades acadêmicas, mediante prévia solicitação e comprovação da necessidade;

VI - adoção de critérios de avaliação das provas escritas, discursivas ou de redação que considerem a singularidade linguística da pessoa com deficiência, no domínio da modalidade escrita da língua portuguesa;

VII - tradução completa do edital e de suas retificações em Libras.

CAPÍTULO V – Do Direito à Moradia

Art. 31. A pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada, ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência, ou, ainda, em

residência inclusiva.

§ 1º O poder público adotará programas e ações estratégicas para apoiar a criação e a manutenção de moradia para a vida independente da pessoa com deficiência.

§ 2º A proteção integral na modalidade de residência inclusiva será prestada no âmbito do Suas à pessoa com deficiência em situação de dependência que não disponha de condições de autossustentabilidade, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Art. 32. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a pessoa com deficiência ou o seu responsável goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:
reserva de, no mínimo, 3% (três por cento) das unidades habitacionais para pessoa com deficiência;

I - (Vetado);

II - em caso de edificação multifamiliar, garantia de acessibilidade nas áreas de uso comum e nas unidades habitacionais no piso térreo e de acessibilidade ou de adaptação razoável nos demais pisos;

III - disponibilização de equipamentos urbanos comunitários acessíveis;

IV - elaboração de especificações técnicas no projeto que permitam a instalação de elevadores.

§ 1º O direito à prioridade, previsto no *caput* deste artigo, será reconhecido à pessoa com deficiência beneficiária apenas uma vez.

§ 2º Nos programas habitacionais públicos, os critérios de financiamento devem ser compatíveis com os rendimentos da pessoa com deficiência ou de sua família.

§ 3º Caso não haja pessoa com deficiência interessada nas unidades habitacionais reservadas por força do disposto no inciso I do *caput* deste artigo, as unidades não utilizadas serão disponibilizadas às demais pessoas.

Art. 33. Ao poder público compete:

I - adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto nos arts. 31 e 32 desta Lei; e

II - divulgar, para os agentes interessados e beneficiários, a política habitacional prevista nas legislações federal, estaduais, distrital e municipais, com ênfase nos dispositivos sobre acessibilidade.

CAPÍTULO VI – Do Direito ao Trabalho

SEÇÃO I – Disposições Gerais

Art. 34. A pessoa com deficiência tem direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação, em ambiente acessível e inclusivo, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

§ 1º As pessoas jurídicas de direito público, privado ou de qualquer natureza são obrigadas a garantir ambientes de trabalho acessíveis e inclusivos.

§ 2º A pessoa com deficiência tem direito, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, a condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo igual remuneração por trabalho de igual valor.

§ 3º É vedada restrição ao trabalho da pessoa com deficiência e qualquer discriminação em razão de sua condição, inclusive nas etapas de recrutamento, seleção, contratação, admissão, exames admissional e periódico, permanência no emprego, ascensão profissional e reabilitação profissional, bem como exigência de aptidão plena.

§ 4º A pessoa com deficiência tem direito à participação e ao acesso a cursos, treinamentos, educação continuada, planos de carreira, promoções, bonificações e incentivos profissionais oferecidos pelo empregador, em igualdade de oportunidades com os demais empregados.

§ 5º É garantida aos trabalhadores com deficiência acessibilidade em cursos de formação e de capacitação.

Art. 35. É finalidade primordial das políticas públicas de trabalho e emprego promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho.

Parágrafo único. Os programas de estímulo ao empreendedorismo e ao trabalho autônomo, incluídos o cooperativismo e o associativismo, devem prever a participação da pessoa com deficiência e a disponibilização de linhas de crédito, quando necessárias.

SEÇÃO II – Da Habilitação Profissional e Reabilitação Profissional

Art. 36. O poder público deve implementar serviços e programas com- pletos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse.

§ 1º Equipe multidisciplinar indicará, com base em critérios previstos no § 1º do art. 2º desta Lei, programa de habilitação ou de reabilitação que possibilite à pessoa com deficiência restaurar sua capacidade e habilidade profissional ou adquirir novas capacidades e habilidades de trabalho.

§ 2º A habilitação profissional corresponde ao processo destinado a propiciar à pessoa com deficiência aquisição de conhecimentos, habili- dades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso no campo de trabalho.

§ 3º Os serviços de habilitação profissional, de reabilitação profissio- nal e de educação profissional devem ser dotados de recursos necessários para atender a toda pessoa com deficiência, independentemente de sua característica específica, a fim de que ela possa ser capacitada para trabalho que lhe seja adequado e ter perspectivas de obtê-lo, de conservá-lo e de nele progredir.

§ 4º Os serviços de habilitação profissional, de reabilitação profissional e de educação profissional deverão ser oferecidos em ambientes acessíveis e inclusivos.

§ 5º A habilitação profissional e a reabilitação profissional devem ocorrer articuladas com as redes públicas e privadas, especialmente de saúde, de ensino e de assistência social, em todos os níveis e modalidades, em entidades de formação profissional ou diretamente com o empregador.

§ 6º A habilitação profissional pode ocorrer em empresas por meio de prévia formalização do contrato de emprego da pessoa com deficiência, que será considerada para o cumprimento da reserva de vagas prevista em lei, desde que por tempo determinado e concomitante com a inclusão profissional na empresa, observado o disposto em regulamento.

§ 7º A habilitação profissional e a reabilitação profissional atenderão à pessoa com deficiência.

SEÇÃO III – Da Inclusão da Pessoa com Deficiência no Trabalho

Art. 37. Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho.

Parágrafo único. A colocação competitiva da pessoa com deficiência pode ocorrer por meio de trabalho com apoio, observadas as seguintes diretrizes:

I - prioridade no atendimento à pessoa com deficiência com maior dificuldade de inserção no campo de trabalho;

II - provisão de suportes individualizados que atendam a necessidades específicas da pessoa com deficiência, inclusive a disponibilização de recursos de tecnologia assistiva, de agente facilitador e de apoio no ambiente de trabalho;

III - respeito ao perfil vocacional e ao interesse da pessoa com deficiência apoiada;

IV - oferta de aconselhamento e de apoio aos empregadores, com vistas à definição de estratégias de inclusão e de superação de barreiras, inclusive atitudinais;

V - realização de avaliações periódicas;

VI - articulação intersetorial das políticas públicas;

VII - possibilidade de participação de organizações da sociedade civil.

Art. 38. A entidade contratada para a realização de processo seletivo público ou privado para cargo, função ou emprego está obrigada à observância do disposto nesta Lei e em outras normas de acessibilidade vigentes.

CAPÍTULO VII – Do Direito à Assistência Social

Art. 39. Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios no âmbito da política pública de assistência social à pessoa com deficiência e sua família têm como objetivo a garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social.

§ 1º A assistência social à pessoa com deficiência, nos termos do *caput* deste artigo, deve envolver conjunto articulado de serviços do âmbito da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial, ofertados pelo Suas, para a garantia de seguranças fundamentais no enfrentamento de situações de vulnerabilidade e de risco, por fragilização de vínculos e ameaça ou violação de direitos.

§ 2º Os serviços socioassistenciais destinados à pessoa com deficiência em situação de dependência deverão contar com cuidadores sociais para prestar-lhe cuidados básicos e instrumentais.

Art. 40. É assegurado à pessoa com deficiência que não possua meios para prover sua subsistência nem de tê-la provida por sua família o benefício mensal de 1 (um) salário mínimo, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

CAPÍTULO VIII – Do Direito à Previdência Social

Art. 41. A pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tem direito à aposentadoria nos termos da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013.

CAPÍTULO IX – Do Direito à Cultura, ao Esporte, ao Turismo e ao Lazer

Art. 42. A pessoa com deficiência tem direito à cultura, ao esporte, ao turismo e ao lazer em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, sendo-lhe garantido o acesso:

I - a bens culturais em formato acessível;

II - a programas de televisão, cinema, teatro e outras atividades culturais e desportivas em formato acessível; e

III - a monumentos e locais de importância cultural e a espaços que ofereçam serviços ou eventos culturais e esportivos.

§ 1º É vedada a recusa de oferta de obra intelectual em formato acessível à pessoa com deficiência, sob qualquer argumento, inclusive sob a alegação de proteção dos direitos de propriedade intelectual.

§ 2º O poder público deve adotar soluções destinadas à eliminação, à redução ou à superação de barreiras para a promoção do acesso a todo patrimônio cultural, observadas as normas de acessibilidade, ambientais e de proteção do patrimônio histórico e artístico nacional.

Art. 43. O poder público deve promover a participação da pessoa com deficiência em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, devendo:

I - incentivar a provisão de instrução, de treinamento e de recursos adequados, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas;

II - assegurar acessibilidade nos locais de eventos e nos serviços prestados por pessoa ou entidade envolvida na organização das atividades de que trata este artigo;

III - e assegurar a participação da pessoa com deficiência em jogos e atividades recreativas, esportivas, de lazer, culturais e artísticas, inclusive no sistema escolar, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Art. 44. Nos teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares, serão reservados espaços livres e assentos para a pessoa com deficiência, de acordo com a capacidade de lotação da edificação, observado o disposto em regulamento.

§ 1º Os espaços e assentos a que se refere este artigo devem ser distribuídos pelo recinto em locais diversos, de boa visibilidade, em todos os setores, próximos aos corredores, devidamente sinalizados, evitando-se áreas segregadas de público e obstrução das saídas, em conformidade com as normas de acessibilidade.

§ 2º No caso de não haver comprovada procura pelos assentos reservados, esses podem, excepcionalmente, ser ocupados por pessoas sem deficiência ou que não tenham mobilidade reduzida, observado o disposto em regulamento.

§ 3º Os espaços e assentos a que se refere este artigo devem situar-se em locais que garantam a acomodação de, no mínimo, 1 (um) acompanhante da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, resguardado o direito de se acomodar proximamente a grupo familiar e comunitário.

§ 4º Nos locais referidos no *caput* deste artigo, deve haver, obrigatoriamente, rotas de fuga e saídas de emergência acessíveis, conforme padrões das normas de acessibilidade, a fim de permitir a saída segura da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, em caso de emergência.

§ 5º Todos os espaços das edificações previstas no *caput* deste artigo devem atender às normas de acessibilidade em vigor.

§ 6º As salas de cinema devem oferecer, em todas as sessões, recursos de acessibilidade para a pessoa com deficiência.

§ 7º O valor do ingresso da pessoa com deficiência não poderá ser superior ao valor cobrado das demais pessoas.

Art. 45. Os hotéis, pousadas e similares devem ser construídos observando-se os princípios do desenho universal, além de adotar todos os meios de acessibilidade, conforme legislação em vigor.

§ 1º Os estabelecimentos já existentes deverão disponibilizar, pelo menos, 10% (dez por cento) de seus dormitórios acessíveis, garantida, no mínimo, 1 (uma) unidade acessível.

§ 2º Os dormitórios mencionados no § 1º deste artigo deverão ser localizados em rotas acessíveis.

CAPÍTULO X – Do Direito ao Transporte e à Mobilidade

Art. 46. O direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso.

§ 1º Para fins de acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, em todas as jurisdições, consideram-se como integrantes desses serviços os veículos, os terminais, as estações, os pontos de parada, o sistema viário e a prestação do serviço.

§ 2º São sujeitas ao cumprimento das disposições desta Lei, sempre que houver interação com a matéria nela regulada, a outorga, a concessão, a permissão, a autorização, a renovação ou a habilitação de linhas e de serviços de transporte coletivo.

§ 3º Para colocação do símbolo internacional de acesso nos veículos, as empresas de transporte coletivo de passageiros dependem da certificação de acessibilidade emitida pelo gestor público responsável pela prestação do serviço.

Art. 47. Em todas as áreas de estacionamento aberto ao público, de uso público ou privado de uso coletivo e em vias públicas, devem ser reservadas

vagas próximas aos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade, desde que devidamente identificados.

§ 1º As vagas a que se refere o *caput* deste artigo devem equivaler a 2% (dois por cento) do total, garantida, no mínimo, 1 (uma) vaga devidamente sinalizada e com as especificações de desenho e traçado de acordo com as normas técnicas vigentes de acessibilidade.

§ 2º Os veículos estacionados nas vagas reservadas devem exibir, em local de ampla visibilidade, a credencial de beneficiário, a ser confeccionada e fornecida pelos órgãos de trânsito, que disciplinarão suas características e condições de uso.

§ 3º A utilização indevida das vagas de que trata este artigo sujeita os infratores às sanções previstas no inciso XX do art. 181 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

§ 4º A credencial a que se refere o § 2º deste artigo é vinculada à pessoa com deficiência que possui comprometimento de mobilidade e é válida em todo o território nacional.

Art. 48. Os veículos de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, as instalações, as estações, os portos e os terminais em operação no País devem ser acessíveis, de forma a garantir o seu uso por todas as pessoas.

§ 1º Os veículos e as estruturas de que trata o *caput* deste artigo devem dispor de sistema de comunicação acessível que disponibilize informações sobre todos os pontos do itinerário.

§ 2º São asseguradas à pessoa com deficiência prioridade e segurança nos procedimentos de embarque e de desembarque nos veículos de transporte coletivo, de acordo com as normas técnicas.

§ 3º Para colocação do símbolo internacional de acesso nos veículos, as empresas de transporte coletivo de passageiros dependem da certificação de acessibilidade emitida pelo gestor público responsável pela prestação do serviço.

Art. 49. As empresas de transporte de fretamento e de turismo, na renovação de suas frotas, são obrigadas ao cumprimento do disposto nos arts. 46 e 48 desta Lei.

Art. 50. O poder público incentivará a fabricação de veículos acessíveis e a sua utilização como táxis e vans, de forma a garantir o seu uso por todas as pessoas.

Art. 51. As frotas de empresas de táxi devem reservar 10% (dez por cento) de seus veículos acessíveis à pessoa com deficiência.

§ 1º É proibida a cobrança diferenciada de tarifas ou de valores adicionais pelo serviço de táxi prestado à pessoa com deficiência.

§ 2º O poder público é autorizado a instituir incentivos fiscais com vistas a possibilitar a acessibilidade dos veículos a que se refere o *caput* deste artigo.

Art. 52. As locadoras de veículos são obrigadas a oferecer 1 (um) veículo adaptado para uso de pessoa com deficiência, a cada conjunto de 20 (vinte) veículos de sua frota.

Parágrafo único. O veículo adaptado deverá ter, no mínimo, câmbio automático, direção hidráulica, vidros elétricos e comandos manuais de freio e de embreagem.

TÍTULO III – Da Acessibilidade

CAPÍTULO I – Disposições Gerais

Art. 53. A acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social.

Art. 54. São sujeitas ao cumprimento das disposições desta Lei e de outras normas relativas à acessibilidade, sempre que houver interação com a matéria nela regulada:

I - a aprovação de projeto arquitetônico e urbanístico ou de comunicação e informação, a fabricação de veículos de transporte coletivo, a prestação do respectivo serviço e a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;

II - outorga ou a renovação de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;

III - a aprovação de financiamento de projeto com utilização de recursos públicos, por meio de renúncia ou de incentivo fiscal, contrato, convênio ou instrumento congênere; e

IV - a concessão de aval da União para obtenção de empréstimo e de financiamento internacionais por entes públicos ou privados.

Art. 55. A concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação, e de outros serviços, equipamentos e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade.

§ 1º O desenho universal será sempre tomado como regra de caráter geral.

§ 2º Nas hipóteses em que comprovadamente o desenho universal não possa ser empreendido, deve ser adotada adaptação razoável.

§ 3º Caberá ao poder público promover a inclusão de conteúdos temáticos referentes ao desenho universal nas diretrizes curriculares da educação profissional e tecnológica e do ensino superior e na formação das carreiras de Estado.

§ 4º Os programas, os projetos e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de fomento deverão incluir temas voltados para o desenho universal.

§ 5º Desde a etapa de concepção, as políticas públicas deverão considerar a adoção do desenho universal.

Art. 56. A construção, a reforma, a ampliação ou a mudança de uso de edificações abertas ao público, de uso público ou privadas de uso coletivo deverão ser executadas de modo a serem acessíveis.

§ 1º As entidades de fiscalização profissional das atividades de Engenharia, de Arquitetura e correlatas, ao anotarem a responsabilidade técnica de projetos, devem exigir a responsabilidade profissional declarada de atendimento às regras de acessibilidade previstas em legislação e em normas técnicas pertinentes.

§ 2º Para a aprovação, o licenciamento ou a emissão de certificado de projeto executivo arquitetônico, urbanístico e de instalações e equipamentos temporários ou permanentes e para o licenciamento ou a emissão de certificado de conclusão de obra ou de serviço, deve ser atestado o atendimento às regras de acessibilidade.

§ 3º O poder público, após certificar a acessibilidade de edificação ou de serviço, determinará a colocação, em espaços ou em locais de ampla visibilidade, do símbolo internacional de acesso, na forma prevista em legislação e em normas técnicas correlatas.

Art. 57. As edificações públicas e privadas de uso coletivo já existentes devem garantir acessibilidade à pessoa com deficiência em todas as suas dependências e serviços, tendo como referência as normas de acessibilidade vigentes.

Art. 58. O projeto e a construção de edificação de uso privado multifamiliar devem atender aos preceitos de acessibilidade, na forma regulamentar.

§ 1º As construtoras e incorporadoras responsáveis pelo projeto e pela construção das edificações a que se refere o *caput* deste artigo devem assegurar percentual mínimo de suas unidades internamente acessíveis, na forma regulamentar.

§ 2º É vedada a cobrança de valores adicionais para a aquisição de unidades internamente acessíveis a que se refere o § 1º deste artigo.

Art. 59. Em qualquer intervenção nas vias e nos espaços públicos, o poder público e as empresas concessionárias responsáveis pela execução das obras

e dos serviços devem garantir, de forma segura, a fluidez do trânsito e a livre circulação e acessibilidade das pessoas, durante e após sua execução.

Art. 60. Orientam-se, no que couber, pelas regras de acessibilidade previstas em legislação e em normas técnicas, observado o disposto na Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, nº 10.257, de 10 de julho de 2001, e nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012:

I - os planos diretores municipais, os planos diretores de transporte e trânsito, os planos de mobilidade urbana e os planos de preservação de sítios históricos elaborados ou atualizados a partir da publicação desta Lei;

II - os códigos de obras, os códigos de postura, as leis de uso e ocupação do solo e as leis do sistema viário;

III - os estudos prévios de impacto de vizinhança;

IV - as atividades de fiscalização e a imposição de sanções; e

V - a legislação referente à prevenção contra incêndio e pânico.

§ 1º A concessão e a renovação de alvará de funcionamento para qualquer atividade são condicionadas à observação e à certificação das regras de acessibilidade.

§ 2º A emissão de carta de habite-se ou de habilitação equivalente e sua renovação, quando esta tiver sido emitida anteriormente às exigências de acessibilidade, é condicionada à observação e à certificação das regras de acessibilidade.

Art. 61. A formulação, a implementação e a manutenção das ações de acessibilidade atenderão às seguintes premissas básicas:

I - eleição de prioridades, elaboração de cronograma e reserva de recursos para implementação das ações; e

II - planejamento contínuo e articulado entre os setores envolvidos.

Art. 62. É assegurado à pessoa com deficiência, mediante solicitação, o recebimento de contas, boletos, recibos, extratos e cobranças de tributos em formato acessível.

CAPÍTULO II – Do Acesso à Informação e à Comunicação

Art. 63. É obrigatória a acessibilidade nos sítios da internet mantidos por empresas com sede ou representação comercial no País ou por órgãos de governo, para uso da pessoa com deficiência, garantindo-lhe acesso às informações disponíveis, conforme as melhores práticas e diretrizes de acessibilidade adotadas internacionalmente.

§ 1º Os sítios devem conter símbolo de acessibilidade em destaque.

§ 2º Telecentros comunitários que receberem recursos públicos federais para seu custeio ou sua instalação e *lan houses* devem possuir equipamentos e instalações acessíveis.

§ 3º Os telecentros as *lan houses* de que trata o § 2º deste artigo devem garantir, no mínimo, 10% (dez por cento) de seus computadores com recursos de acessibilidade para pessoa com deficiência visual, sendo assegurado pelo menos 1 (um) equipamento, quando o resultado percentual for inferior a 1 (um).

Art. 64. A acessibilidade nos sítios da internet de que trata o art. 63 desta Lei deve ser observada para obtenção do financiamento de que trata o inciso III do art. 54 desta Lei.

Art. 65. As empresas prestadoras de serviços de telecomunicações deverão garantir pleno acesso à pessoa com deficiência, conforme regulamentação específica.

Art. 66. Cabe ao poder público incentivar a oferta de aparelhos de telefonia fixa e móvel celular com acessibilidade que, entre outras tecnologias assistivas, possuam possibilidade de indicação e de ampliação sonoras de todas as operações e funções disponíveis.

Art. 67. Os serviços de radiodifusão de sons e imagens devem permitir o uso dos seguintes recursos, entre outros:

I - subtítuloção por meio de legenda oculta;

II - janela com intérprete da Libras;

III – audiodescrição.

Art. 68. O poder público deve adotar mecanismos de incentivo à produção, à edição, à difusão, à distribuição e à comercialização de livros em formatos acessíveis, inclusive em publicações da administração pública ou financiadas com recursos públicos, com vistas a garantir à pessoa com deficiência o direito de acesso à leitura, à informação e à comunicação.

§ 1º Nos editais de compras de livros, inclusive para o abastecimento ou a atualização de acervos de bibliotecas em todos os níveis e modalidades de educação e de bibliotecas públicas, o poder público deverá adotar cláusulas de impedimento à participação de editoras que não ofertem sua produção também em formatos acessíveis.

§ 2º Consideram-se formatos acessíveis os arquivos digitais que possam ser reconhecidos e acessados por *softwares* leitores de telas ou outras tecnologias assistivas que vierem a substituí-los, permitindo leitura com voz sintetizada, ampliação de caracteres, diferentes contrastes e impressão em Braille.

§ 3º O poder público deve estimular e apoiar a adaptação e a produção de artigos científicos em formato acessível, inclusive em Libras.

Art. 69. O poder público deve assegurar a disponibilidade de informações corretas e claras sobre os diferentes produtos e serviços ofertados, por quaisquer meios de comunicação empregados, inclusive em ambiente virtual, contendo a especificação correta de quantidade, qualidade, características, composição e preço, bem como sobre os eventuais riscos à saúde e à segurança do consumidor com deficiência, em caso de sua utilização, aplicando-se, no que couber, os arts. 30 a 41 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

§ 1º Os canais de comercialização virtual e os anúncios publicitários veiculados na imprensa escrita, na internet, no rádio, na televisão e nos demais veículos de comunicação abertos ou por assinatura devem disponibilizar, conforme a compatibilidade do meio, os recursos de acessibilidade de que trata o art. 67 desta Lei, a expensas do fornecedor do produto ou do

serviço, sem prejuízo da observância do disposto nos arts. 36 a 38 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

§ 2º Os fornecedores devem disponibilizar, mediante solicitação, exemplares de bulas, prospectos, textos ou qualquer outro tipo de material de divulgação em formato acessível.

Art. 70. As instituições promotoras de congressos, seminários, oficinas e demais eventos de natureza científico-cultural devem oferecer à pessoa com deficiência, no mínimo, os recursos de tecnologia assistiva previstos no art. 67 desta Lei.

Art. 71. Os congressos, os seminários, as oficinas e os demais eventos de natureza científico-cultural promovidos ou financiados pelo poder público devem garantir as condições de acessibilidade e os recursos de tecnologia assistiva.

Art. 72. Os programas, as linhas de pesquisa e os projetos a serem desenvolvidos com o apoio de agências de financiamento e de órgãos e entidades integrantes da administração pública que atuem no auxílio à pesquisa devem contemplar temas voltados à tecnologia assistiva.

Art. 73. Caberá ao poder público, diretamente ou em parceria com organizações da sociedade civil, promover a capacitação de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes e de profissionais habilitados em Braille, audiodescrição, estenotipia e legendagem.

CAPÍTULO III – Da Tecnologia Assistiva

Art. 74. É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida.

Art. 75. O poder público desenvolverá plano específico de medidas, a ser renovado em cada período de 4 (quatro) anos, com a finalidade de:

I - facilitar o acesso a crédito especializado, inclusive com oferta de linhas de crédito subsidiadas, específicas para aquisição de tecnologia assistiva;

II - agilizar, simplificar e priorizar procedimentos de importação de tecnologia assistiva, especialmente as questões atinentes a procedimentos alfandegários e sanitários;

III - criar mecanismos de fomento à pesquisa e à produção nacional de tecnologia assistiva, inclusive por meio de concessão de linhas de crédito subsidiado e de parcerias com institutos de pesquisa oficiais;

IV - eliminar ou reduzir a tributação da cadeia produtiva e de importação de tecnologia assistiva;

V - facilitar e agilizar o processo de inclusão de novos recursos de tecnologia assistiva no rol de produtos distribuídos no âmbito do SUS e por outros órgãos governamentais.

Parágrafo único. Para fazer cumprir o disposto neste artigo, os procedimentos constantes do plano específico de medidas deverão ser avaliados, pelo menos, a cada 2 (dois) anos.

CAPÍTULO IV – Do Direito à Participação na Vida Pública e Política

Art. 76. O poder público deve garantir à pessoa com deficiência todos os direitos políticos e a oportunidade de exercê-los em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º À pessoa com deficiência será assegurado o direito de votar e de ser votada, inclusive por meio das seguintes ações:

I - garantia de que os procedimentos, as instalações, os materiais e os equipamentos para votação sejam apropriados, acessíveis a todas as pessoas e de fácil compreensão e uso, sendo vedada a instalação de seções eleitorais exclusivas para a pessoa com deficiência;

II - incentivo à pessoa com deficiência a candidatar-se e a desempenhar quaisquer funções públicas em todos os níveis de governo, inclusive por meio do uso de novas tecnologias assistivas, quando apropriado;

III - garantia de que os pronunciamentos oficiais, a propaganda eleitoral obrigatória e os debates transmitidos pelas emissoras de televisão possuam, pelo menos, os recursos elencados no art. 67 desta Lei;

IV - garantia do livre exercício do direito ao voto e, para tanto, sempre que necessário e a seu pedido, permissão para que a pessoa com deficiência seja auxiliada na votação por pessoa de sua escolha.

§ 2º O poder público promoverá a participação da pessoa com deficiência, inclusive quando institucionalizada, na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades, observado o seguinte:

I - participação em organizações não governamentais relacionadas à vida pública e à política do País e em atividades e administração de partidos políticos;

II - formação de organizações para representar a pessoa com deficiência em todos os níveis;

III - participação da pessoa com deficiência em organizações que a representem.

TÍTULO IV – Da Ciência e Tecnologia

Art. 77. O poder público deve fomentar o desenvolvimento científico, a pesquisa e a inovação e a capacitação tecnológicas, voltados à melhoria da qualidade de vida e ao trabalho da pessoa com deficiência e sua inclusão social.

§ 1º O fomento pelo poder público deve priorizar a geração de conhecimentos e técnicas que visem à prevenção e ao tratamento de deficiências e ao desenvolvimento de tecnologias assistiva e social.

§ 2º A acessibilidade e as tecnologias assistiva e social devem ser fomentadas mediante a criação de cursos de pós-graduação, a formação de recursos humanos e a inclusão do tema nas diretrizes de áreas do conhecimento.

§ 3º Deve ser fomentada a capacitação tecnológica de instituições públicas e privadas para o desenvolvimento de tecnologias assistiva e social que sejam voltadas para melhoria da funcionalidade e da participação social da pessoa com deficiência.

§ 4º As medidas previstas neste artigo devem ser reavaliadas periodicamente pelo poder público, com vistas ao seu aperfeiçoamento.

Art. 78. Devem ser estimulados a pesquisa, o desenvolvimento, a inovação e a difusão de tecnologias voltadas para ampliar o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias da informação e comunicação e às tecnologias sociais.

Parágrafo único. Serão estimulados, em especial:

I - o emprego de tecnologias da informação e comunicação como instrumento de superação de limitações funcionais e de barreiras à comunicação, à informação, à educação e ao entretenimento da pessoa com deficiência;

II - a adoção de soluções e a difusão de normas que visem a ampliar a acessibilidade da pessoa com deficiência à computação e aos sítios da internet, em especial aos serviços de governo eletrônico.

LIVRO II – Parte Especial

TÍTULO I – Do Acesso à Justiça

CAPÍTULO I – Disposições Gerais

Art. 79. O poder público deve assegurar o acesso da pessoa com deficiência à justiça, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, garantindo, sempre que requeridos, adaptações e recursos de tecnologia assistiva.

§ 1º A fim de garantir a atuação da pessoa com deficiência em todo o processo judicial, o poder público deve capacitar os membros e os servidores que atuam no Poder Judiciário, no Ministério Público, na Defensoria Pública, nos órgãos de segurança pública e no sistema penitenciário quanto aos direitos da pessoa com deficiência.

§ 2º Devem ser assegurados à pessoa com deficiência submetida a medida restritiva de liberdade todos os direitos e garantias a que fazem jus os apenados sem deficiência, garantida a acessibilidade.

§ 3º A Defensoria Pública e o Ministério Público tomarão as medidas necessárias à garantia dos direitos previstos nesta Lei.

Art. 80. Devem ser oferecidos todos os recursos de tecnologia assistiva disponíveis para que a pessoa com deficiência tenha garantido o acesso à justiça, sempre que figure em um dos polos da ação ou atue como testemunha, participe da lide posta em juízo, advogado, defensor público, magistrado ou membro do Ministério Público.

Parágrafo único. A pessoa com deficiência tem garantido o acesso ao conteúdo de todos os atos processuais de seu interesse, inclusive no exercício da advocacia.

Art. 81. Os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais.

Art. 82. (Vetado)

Art. 83. Os serviços notariais e de registro não podem negar ou criar óbices ou condições diferenciadas à prestação de seus serviços em razão de deficiência do solicitante, devendo reconhecer sua capacidade legal plena, garantida a acessibilidade.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* deste artigo constitui discriminação em razão de deficiência.

CAPÍTULO II – Do Reconhecimento Igual perante a Lei

Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

§ 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

Art. 86. Para emissão de documentos oficiais, não será exigida a situação de curatela da pessoa com deficiência.

Art. 87. Em casos de relevância e urgência e a fim de proteger os interesses da pessoa com deficiência em situação de curatela, será lícito ao juiz, ouvido o Ministério Público, de ofício ou a requerimento do interessado, nomear, desde logo, curador provisório, o qual estará sujeito, no que couber, às disposições do Código de Processo Civil.

TÍTULO II – Dos Crimes e das Infrações Administrativas

Art. 88. Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

§ 1º Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se a vítima encontrar-se sob cuidado e responsabilidade do agente.

§ 2º Se qualquer dos crimes previstos no *caput* deste artigo é cometido por intermédio de meios de comunicação social ou de publicação de qualquer natureza:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

§ 3º Na hipótese do § 2º deste artigo, o juiz poderá determinar, ouvido o Ministério Público ou a pedido deste, ainda antes do inquérito policial, sob pena de desobediência:

I - recolhimento ou busca e apreensão dos exemplares do material discriminatório;

II - interdição das respectivas mensagens ou páginas de informação na internet.

§ 4º Na hipótese do § 2º deste artigo, constitui efeito da condenação, após o trânsito em julgado da decisão, a destruição do material apreendido.

Art. 89. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão, benefícios, remuneração ou qualquer outro rendimento de pessoa com deficiência:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

Parágrafo único. Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se o crime é cometido:

I - por tutor, curador, síndico, liquidatário, inventariante, testamenteiro ou depositário judicial; ou

II - por aquele que se apropriou em razão de ofício ou de profissão.

Art. 90. Abandonar pessoa com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigamento ou congêneres:

Pena – reclusão, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, e multa.

Parágrafo único. Na mesma pena incorre quem não prover as necessidades básicas de pessoa com deficiência quando obrigado por lei ou mandado.

Art. 91. Reter ou utilizar cartão magnético, qualquer meio eletrônico ou documento de pessoa com deficiência destinados ao recebimento de benefícios, proventos, pensões ou remuneração ou à realização de operações financeiras, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa.

Parágrafo único. Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se o crime é cometido por tutor ou curador.

TÍTULO III – Disposições Finais e Transitórias

Art. 92. É criado o Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão), registro público eletrônico com a finalidade de coletar, processar, sistematizar e disseminar informações georreferenciadas que permitam a identificação e a caracterização socioeconômica da pessoa com deficiência, bem como das barreiras que impedem a realização de seus direitos.

§ 1º O Cadastro-Inclusão será administrado pelo Poder Executivo federal e constituído por base de dados, instrumentos, procedimentos e sistemas eletrônicos.

§ 2º Os dados constituintes do Cadastro-Inclusão serão obtidos pela integração dos sistemas de informação e da base de dados de todas as políticas públicas relacionadas aos direitos da pessoa com deficiência, bem como por informações coletadas, inclusive em censos nacionais e nas demais pesquisas realizadas no País, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

§ 3º Para coleta, transmissão e sistematização de dados, é facultada a celebração de convênios, acordos, termos de parceria ou contratos com instituições públicas e privadas, observados os requisitos e procedimentos previstos em legislação específica.

§ 4º Para assegurar a confidencialidade, a privacidade e as liberdades fundamentais da pessoa com deficiência e os princípios éticos que regem a utilização de informações, devem ser observadas as salvaguardas estabelecidas em lei.

§ 5º Os dados do Cadastro-Inclusão somente poderão ser utilizados para as seguintes finalidades:

I - formulação, gestão, monitoramento e avaliação das políticas públicas para a pessoa com deficiência e para identificar as barreiras que impedem a realização de seus direitos;

II - realização de estudos e pesquisas.

§ 6º As informações a que se refere este artigo devem ser disseminadas em formatos acessíveis.

Art. 93. Na realização de inspeções e de auditorias pelos órgãos de controle interno e externo, deve ser observado o cumprimento da legislação relativa à pessoa com deficiência e das normas de acessibilidade vigentes.

Art. 94. Terá direito a auxílio-inclusão, nos termos da lei, a pessoa com deficiência moderada ou grave que:

I - receba o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que passe a exercer atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;

II - tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS.

Art. 95. É vedado exigir o comparecimento de pessoa com deficiência perante os órgãos públicos quando seu deslocamento, em razão de sua limitação funcional e de condições de acessibilidade, imponha-lhe ônus desproporcional e indevido, hipótese na qual serão observados os seguintes procedimentos:

I - quando for de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com a pessoa com deficiência em sua residência;

II - quando for de interesse da pessoa com deficiência, ela apresentará solicitação de atendimento domiciliar ou fará representar-se por procurador constituído para essa finalidade.

Parágrafo único. É assegurado à pessoa com deficiência atendimento domiciliar pela perícia médica e social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de

saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS e pelas entidades da rede socioassistencial integrantes do Suas, quando seu deslocamento, em razão de sua limitação funcional e de condições de acessibilidade, imponha-lhe ônus desproporcional e indevido.

Art. 96. O § 6º - A do art. 135 da Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965 (Código Eleitoral), passa a vigorar com a seguinte redação:

.....

Art. 97. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 98. A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 99. O art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XVIII:

.....

Art. 100. A Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 101. A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 102. O art. 2º da Lei nº 8.313, de 23 de dezembro de 1991, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

.....

Art. 103. O art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IX:

.....

Art. 104. A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 105. O art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 106. (Vetado)

Art. 107. A Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 108. O art. 35 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

.....

Art. 109. A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 110. O inciso VI e o § 1º do art. 56 da Lei nº 9.615, de 24 de março de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

.....

Art. 111. O art. 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

.....

Art. 112. A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 113. A Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade), passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 114. A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

Art. 115. O Título IV do Livro IV da Parte Especial da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar com a seguinte redação:

.....

Art. 116. O Título IV do Livro IV da Parte Especial da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo III:

.....

Art. 117. O art. 1º da Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:

.....

Art. 118. O inciso IV do art. 46 da Lei nº 11.904, de 14 de janeiro de 2009, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea “k”:

.....

Art. 119. A Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 12-B:

.....

Art. 120. Cabe aos órgãos competentes, em cada esfera de governo, a elaboração de relatórios circunstanciados sobre o cumprimento dos prazos estabelecidos por força das Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, bem como o seu encaminhamento ao Ministério Público e aos órgãos de regulação para adoção das providências cabíveis.

Parágrafo único. Os relatórios a que se refere o *caput* deste artigo deverão ser apresentados no prazo de 1 (um) ano a contar da entrada em vigor desta Lei.

Art. 121. Os direitos, os prazos e as obrigações previstos nesta Lei não excluem os já estabelecidos em outras legislações, inclusive em pactos, tratados, convenções e declarações internacionais aprovados e promulgados pelo Congresso Nacional, e devem ser aplicados em conformidade com as demais normas internas e acordos internacionais vinculantes sobre a matéria.

Parágrafo único. Prevalecerá a norma mais benéfica à pessoa com deficiência.

Art. 122. Regulamento disporá sobre a adequação do disposto nesta Lei ao tratamento diferenciado, simplificado e favorecido a ser dispensado às microempresas e às empresas de pequeno porte, previsto no § 3º do art. 1º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Art. 123. Revogam-se os seguintes dispositivos:

I - o inciso II do § 2º do art. 1º da Lei nº 9.008, de 21 de março de 1995;

II - os incisos I, II e III do art. 3º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil);

III - os incisos II e III do art. 228 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil);

IV - o inciso I do art. 1.548 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil);

V - o inciso IV do art. 1.557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil);

VI - os incisos II e IV do art. 1.767 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil);

VII - os arts. 1.776 e 1.780 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).

Art. 124. O § 1º do art. 2º desta Lei deverá entrar em vigor em até 2 (dois) anos, contados da entrada em vigor desta Lei.

Art. 125. Devem ser observados os prazos a seguir discriminados, a partir da entrada em vigor desta Lei, para o cumprimento dos seguintes dispositivos:

I - incisos I e II do § 2º do art. 28, 48 (quarenta e oito) meses;

II - § 6º do art. 44, 84 (oitenta e quatro) meses;

III - art. 45, 24 (vinte e quatro) meses;

IV - art. 49, 48 (quarenta e oito) meses.

Art. 126. Prorroga-se até 31 de dezembro de 2021 a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995.

Art. 127. Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 6 de julho de 2015; 194º da Independência e 127º da República. DILMA

ROUSSEFF

Promulgada em 6/7/2015 e publicada no DOU de 7/7/2015.

Importante

Este livro digital foi desenvolvido pelo Senado Federal com a finalidade exclusiva de DISTRIBUIÇÃO GRATUITA. Seu conteúdo não pode ser, total ou parcialmente, distribuído, adaptado, utilizado ou reproduzido com fins comerciais, tampouco servir a qualquer objetivo que vise a lucro.

O uso desta publicação deve respeitar a licença Creative Commons "Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional" [CC BY-NC-ND 4.0], disponível para consulta em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Apresenta-se, neste livro, o texto da Lei nº 13.146/2015, que constitui a Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Ela se fundamenta na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada em 2008 pelo Congresso Nacional, conforme o § 3º do art. 5º da Constituição.

Também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, essa norma tem o propósito de assegurar e promover o exercício de direitos e liberdades fundamentais, com vistas à inclusão social da pessoa com deficiência em condições de igualdade com os demais cidadãos.



ISBN: 978-65-89356-09-7

CDL



9 786589 356097