

Princípios e Reflexões Conceituais sobre as Deficiências

Material Princípios e Reflexões Conceituais sobre as Deficiências da
Professora Miriam Adalgisa Bedim Godoy

Sumário

- Apresentação
- 1. O Conceito de Deficiência e sua Classificação
- 2. Caracterização das Deficiências
 - DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL
 - DEFICIÊNCIA VISUAL
 - DEFICIÊNCIA AUDITIVA
 - DEFICIÊNCIA FÍSICA
 - DEFICIÊNCIA SURDOCEGUEIRA
 - DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA
 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
 - ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO
- Apontamentos Finais
- Referências

Miriam Adalgisa Bedim Godoy



Apresentação

Neste *e-book* apresenta-se o conceito e os tipos de deficiências, traz-se informações sobre o Transtorno do Espectro Autista – TEA e as Altas Habilidades e Superdotação - AHS, pois educandos com deficiências, TEA e AHS são considerados público-alvo da educação especial – PAEE.

Não há pretensão de esgotar o assunto, pois em cada área há uma multiplicidade de conhecimentos e seus desdobramentos. Sinaliza-se, em cada área, características principais para uma compreensão, em nível geral, de um escolar com tal especificidade.

Apresenta-se os cuidados para prevenção de deficiências, as causas e suas singularidades. Ao término de cada área aponta-se outros recursos para ampliar o conhecimento acerca dos estudantes PAEE.

Deseja-se bom aprendizado!

Deficiência tem causas, mas também tem prevenções e intervenções!



Imagem: pch.vector/Freepik

1. O Conceito de Deficiência e sua Classificação

O que é deficiência?

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde - OMS a deficiência “[...] é complexa, dinâmica, multidimensional e questionada.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 4). Na compreensão de deficiência cabe uma multiplicidade de indagações e pluralidade de respostas, pois divergem de acordo com as diferentes culturas, atitudes, crenças e áreas de estudo. Desse modo, há que se debruçar em diferentes teias do conhecimento como, por exemplo, Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Medicina, História, Direito (AMARAL, 1995). para um entendimento mais abrangente e profundo “Alguns estudiosos dizem que o conceito de deficiência é uma necessidade política e econômica de sociedades que requerem uma estrutura de classes.” (SMITH, 2008, p. 29). Outros, por sua vez, rejeitam essa ideia de uma sociedade estratificada em que todos sejam tratados da mesma maneira. Ainda há estudos, que se referem à deficiência incorporando variados conceitos tais como de semelhanças e diferenças, capacidade e incapacidade, normal e anormal, eficaz e ineficaz.



Imagem: Macrovector/Freepik



Independente do lugar que o conceito de deficiência é enunciado, o importante é compreender que a pessoa vem primeiro do que a deficiência pois, “[...] as pessoas com deficiência expressam fortes sentimentos sobre as palavras e expressões utilizadas para descrevê-las.” (SMITH, 2008, p. 43).

Embora o conceito de deficiência, esteja sempre em constante evolução, sobretudo no contexto médico e social, há uma classificação internacional que caracteriza a deficiência, tipos e desdobramentos. Em nível nacional, a Lei Nº 13.146 (BRASIL, 2015), instituí a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que no artigo 2º define que pessoa com deficiência é

[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2003), define as deficiências como “[...]problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.” (OMS, 2003, p. 11).



O diagnóstico de deficiência, quando necessário, é realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar considerando as dimensões biopsicossocial, tais como impedimentos nas funções do corpo (aspectos fisiológicos dos sistemas orgânicos e funções psicológicas), impedimentos nas estruturas do corpo (referem-se a partes anatômicas: órgãos, membros e seus componentes), fatores socioambientais, psicológicos e pessoais (diz respeito ao ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas estão inseridas e conduzem sua vida), limitação no desempenho de atividades (dificuldades que a pessoa tem diante da realização e execução de uma atividade) e restrição de participação (limite de envolvimento de uma pessoa numa situação da vida real). (BRASIL, 2015; OMS, 2003).

Em relação as origens das deficiências, são genéticas e ocorrerem no período gestacional, são decorrentes do parto ou identificadas nos primeiros dias de vida do bebê. Durante a vida, podem ocorrer por meio de doenças transmissíveis ou crônicas, traumas, lesões, desordens psiquiátricas, desnutrição e abusos de drogas ilícitas.

Dependendo do tipo de deficiência, ela é classificada em leve, moderada, grave ou profunda. Em relação ao transtorno do espectro autista -TEA este é compreendido pelo nível gravidade e a intensidade de apoio que a pessoa com TEA necessita (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014).



A prevenção e o tratamento das deficiências dependem da população, governo e demais autoridades. Desta forma, há que criar esforços para prevenir deficiências evitáveis. Aos pais, responsáveis e educadores cabe atenção, pois algumas medidas preventivas são tomadas antes, durante e depois do nascimento de uma criança.

As prevenções são de três ordens: primária, secundária e terciária, a saber:

primária: objetiva promover a melhoria na condição de vida da população por agências político/sociais garantindo saúde, educação, trabalho e moradia e reduzir a incidência de novos casos. A prevenção primária implica em alterar as condições para um subgrupo particular considerado de risco.

secundária: nesta fase, a criança já foi exposta às condições adversas e as intervenções são feitas para reduzir e eliminar a duração ou a severidade dos efeitos. Essas medidas fornecem a identificação precoce da deficiência, seguida pelo tratamento e pela intervenção.

terciária: a condição de atraso no desenvolvimento já está instalada e os investimentos são feitos para minimizar as condições, desenvolvendo ações que resultem em maior independência e autonomia do indivíduo (OMS, 2003).



Algumas medidas de prevenção de deficiências:

- antes de engravidar a mulher deve consultar o médico para verificar as condições físicas do organismo, principalmente se tiver menos de 15 anos;
- procurar orientações com os serviços de aconselhamento genético na comunidade (principalmente se tiver casos de deficiências na família);
- fazer exames: hemograma, sífilis, toxoplasmose, diabetes, tipagem sanguínea, rubéola e tétano pelo menos 6 meses antes de engravidar;
- prevenir-se de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis;
- evitar casamento com parentes;
- não fazer uso de medicamentos sem orientação médica;
- evitar bebidas e cigarros;
- verificar se logo após o nascimento foram realizados os testes: de apgar, do pezinho, da orelhinha, do coraçãozinho, do olhinho, da linguinha;
- exigir a presença de um obstetra e um pediatra;
- durante a infância manter a caderneta de vacinação em dia.

As recomendações mencionadas amparam-se no Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1990; 2015).



História, Conceito e Tipos de Deficiência - Izabel Maior



2. Caracterização das Deficiências

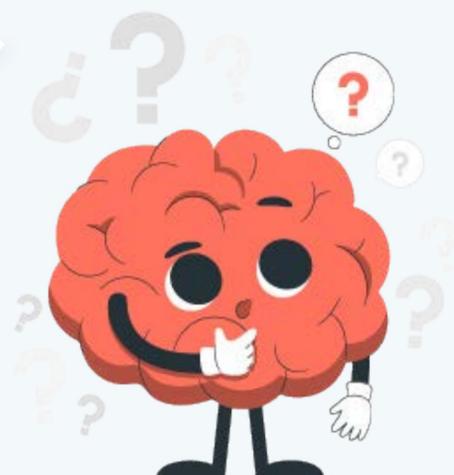


Imagem: Storyset/Freepik

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A deficiência intelectual - DI (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno que se manifesta no início do desenvolvimento infantil e apresenta prejuízos funcionais, em níveis intelectuais e adaptativos, nas habilidades conceituais, sociais e práticas. (APA, 2014).

Sobre as funções intelectuais a pessoa terá um déficit na capacidade de raciocínio, resolução de problemas, organização e planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagem de conteúdos acadêmicos e aprendizagem por meio de experiência (idem, 2014).

Em relação ao déficit em funções adaptativas, a pessoa terá um prejuízo em “[...] atingir padrões de desenvolvimento socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social.” (APA, 2014, p. 33), o que compromete as atividades de vida autônoma e social, que se refletem na casa, escola, local de trabalho e comunidade geral.



Os níveis de gravidade são observados de acordo com o quociente de inteligência (QI) compreendidos em leve (QI de 50 a 69), moderado (QI de 35 a 49), grave (QI de 20 a 34) e profundo (QI abaixo de 20). Estes são observados nos domínios conceitual (noção de dinheiro, auto-orientação, leitura, escrita, interpretação, linguagem), social (interpessoal, credibilidade, simplicidade, não-vitimização, autoestima, obediência às leis e às regras, responsabilidade) e prático (habilidades ocupacionais, habilidades do cotidiano, autossegurança, autoajuda) (SMITH, 2008).

Como consequência dos níveis de comprometimento, observa-se lentidão no desenvolvimento psicomotor e da linguagem, déficit de recepção, memorização e reação aos estímulos visuais, auditivos e táteis, limite para integrar-se ao meio, aprendizagem lenta, com atraso significativo no desempenho escolar (leitura, escrita, raciocínio matemático, solução de problemas). Em caso de nível moderado ou severo, há a necessidade de supervisão em atividades de autocuidado (controle de esfíncteres, refeições, higiene corporal, locomoção, dentre outros) (APA, 2014; SMITH, 2008).



Fonte: Elaboração própria



Um ambiente rico de estímulos com interações sociais variadas (família e sociedade) e um programa de intervenção apropriado às necessidades da pessoa, contribuem para que a pessoa se desenvolva e aprenda, no seu ritmo e temporalidade.

As causas da DI são variadas. Algumas, como observado nas prevenções, são evitadas. Contudo, há causas genéticas como a anormalidade cromossômica, a trissomia 21, que resulta na síndrome de Down - SD. A pessoa com síndrome de Down, apresenta déficit intelectual variado. Um bom prognóstico está justamente na intervenção precoce e acompanhamento contínuo. A linguagem tardia desse grupo de crianças com SD, indica que 78% apresentam perda auditiva. Apesar dos limites cognitivos, de linguagem e de memória de curto prazo, as crianças não têm comprometimento em interações sociais e comportamento adaptativo (SMITH, 2008).

Acesse o *site* da Federação Nacional das APAEs



APAE BRASIL - Como prevenir?



**Atendimento Educacional Especializado - Mental/
Intelectual**



DEFICIÊNCIA VISUAL

De acordo com o primeiro relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde acerca da visão (OMS, 2019, p. xiv), estima-se que “[...] pelo menos 2,2 bilhões de pessoas em todo o mundo têm deficiência visual, das quais pelo menos 1 bilhão tem deficiência visual que poderia ter sido evitada ou ainda não foi tratada.” Esse dado nada alentador, convoca a reconhecer os sinais e sintomas dessa deficiência.

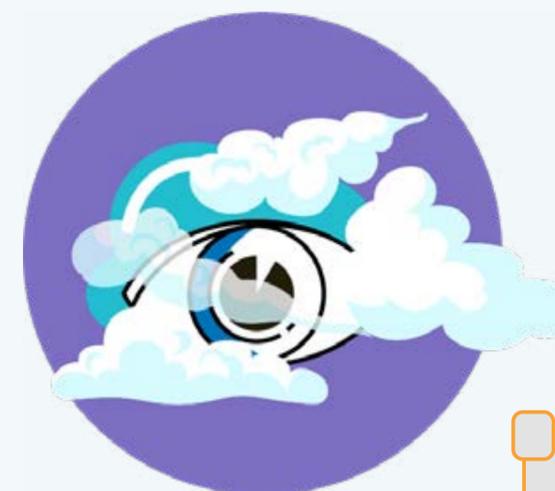


Imagem
pch.vector/Freepik
liravega/Freepik

“A deficiência visual ocorre quando uma doença ocular afeta o sistema visual e uma ou mais funções visuais.” (OMS, 2019, p. 10). A deficiência visual - DV é classificada em baixa visão e cegueira. A baixa visão é compreendida pela

[...] capacidade, quando menos, para a percepção de massas, cores e formas, e por limitação para ver de longe, embora com possibilidade para discriminar e identificar objetos e materiais situados no meio próximo a uma distância de poucos centímetros; quando mais, a poucos metros (MARTIN; RAMIREZ, 2003, p. 43).

A cegueira é identificada pela ausência total da visão ou a poucos resquícios de percepção de luz, o que requer que a pessoa use o toque e a audição para aprender e por falta do uso funcional da visão. A cegueira é congênita (do nascimento ou até dois anos) ou adquirida (depois da idade de dois anos) (SMITH, 2008).



Os níveis de DV são profunda, severa e moderada. No aspecto educacional, a deficiência visual profunda traz ao estudante dificuldade em realizar atividades visuais grosseiras. Atividades que requerem a percepção de detalhes, o escolar não tem condições de executá-las. A deficiência visual severa, impossibilita a realização de atividades visuais com exatidão, necessitando de maior tempo, apoio e adequações. A deficiência visual moderada permite ao estudante realizar atividades visuais com o uso de apoio e iluminação adequada. (MARTIN; RAMIREZ, 2003).

No desenvolvimento infantil, alguns sinais são importantes para serem observados, tais como procurar fontes de luz, coordenar, monitorar e acompanhar visualmente pessoas e objetos, realizar movimentação de mãos frente aos olhos, virar-se, no berço, da posição frontal para dorsal, movimentar a cabeça, mãos, pernas, olhar, em reação a estímulos, olhar e usar as mãos, estender os braços, responder a sorrisos. Na infância, aproximar objetos aos olhos, não apresentar expressões faciais, não recolhe objetos caídos no chão e tropeça ao caminhar, derruba objetos ao caminhar, quando inicia o processo de alfabetização e letramento omite letras, pula linhas e apresenta grafia ilegível. A não realização dessas ações pelo bebê e criança, são indícios de alerta e providências no sentido de averiguar as causas e consequências.



O professor da educação infantil, muitas vezes, percebe a dificuldade visual da criança. Neste sentido, a família deve ser orientada para melhor assegurar o desenvolvimento infantil, pois a estimulação nos anos iniciais de vida é primordial para a aquisição de conceitos pela criança com DV total. A estimulação precoce exerce um precioso recurso para essas crianças, uma vez que ficam ausentes os modelos visuais, havendo a necessidade de propiciar outras rotas de aprendizagem por meio do tato e outros sentidos remanescentes.

A tabela de *Snellen*, é um importante instrumento utilizado nas escolas para identificar sinais de perda visual, que afeta o desempenho da criança no processo escolar. Portanto, na escolarização da criança com DV, a depender da perda visual, há que estabelecer recursos e metodologias adequadas a sua necessidade. Para escolares com baixa visão, às vezes, é importante ampliar a fonte ou deixar as linhas e letras mais grossas e com contraste forte. Para aquelas com DV total é essencial aprender por meio da leitura tátil e escrita por meio do sistema Braille (OCHAITA; ROSA, 1995).



Fundação Dorina Nowill



Portal da Deficiência Visual



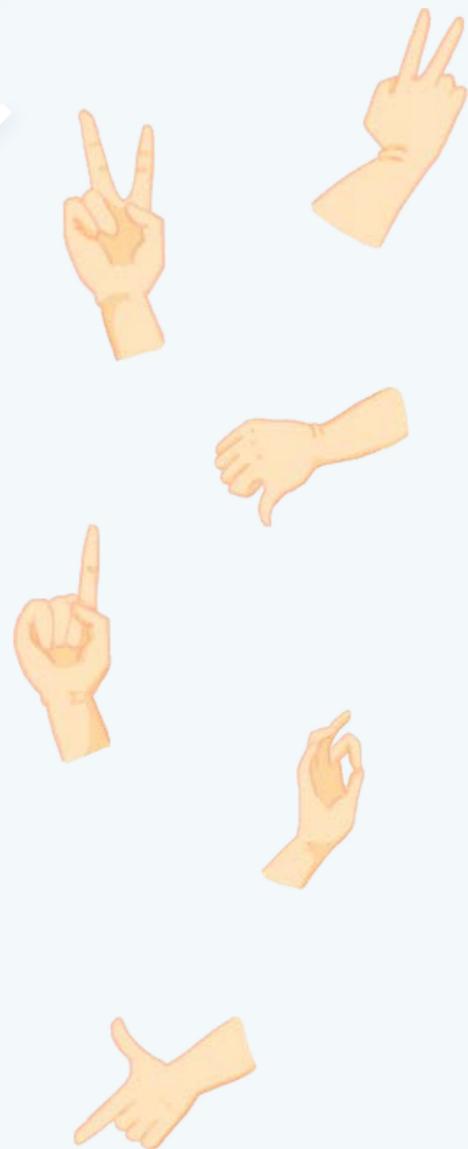
Instituto Benjamin Constant



Sobre a Deficiência Visual



Atendimento Educacional Especializado - Deficiência visual



DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A surdez é a perda, maior ou menor, na percepção normal dos sons. A classificação é leve, moderada, severa e profunda. Embora algumas pessoas com surdez captam alguns sons, estes não são suficientes para acessar a informação de modo compreensível. Há indivíduos para quem a perda auditiva é minimizada por meio de aparelhos auditivos e em casos mais graves implante coclear (SMITH, 2008).

A idade e o grau da perda auditiva são importantes de se considerar. Pessoas que nasceram com surdez ou adquiriram antes de aprender a falar são consideradas surdos pré-linguísticos e aquelas que adquiriram surdez após a aquisição da linguagem oral, são chamados de surdos pós-linguísticos.

Imagem: Freepik/Freepik



Alguns sinais e sintomas são observados no bebê, no uso funcional da audição ou perdas auditivas, como se reage em meio a ruídos fortes (batidas de portas, toque de campainha, buzina de carro, dentre outros), em conversas com a criança não manifesta nenhuma reação, em momentos interacionais com o cuidador não demonstra resposta de imitação e de protoconversa. As protoconversas são interações entre o adulto e o bebê manifestadas por meio do toque, de vocalizações, do face a face que favorecem o compartilhamento de emoções básicas (TOMASELLO, 2003, p.81).

Na infância, chama a atenção ruídos mais fortes. Se o ouvido tem melhor audição, a criança vira-o em direção à fonte do som. Ao assistir televisão ou ouvir uma música, coloca em uma altura maior do que usualmente se ouve, em ambiente onde há muitas conversas e barulhos, tem dificuldade de acompanhar e entender o que está sendo comunicado. Não compreende a linguagem oral, tem dificuldade em emitir respostas diante do solicitado. A aquisição da linguagem é tardia e no processo de alfabetização troca ou omite fonemas, tanto oral quanto na escrita. Ao comunicar-se, tende a falar muito alto ou muito baixo. Observa-se constantemente a falta de compreensão, o que leva a perguntar sobre o assunto. Em decorrência da dificuldade sonora tende a fixar os olhos nos lábios de quem fala. Ao se expressar faz uso de gestos e sinais para auxiliar na comunicação.

Diante do observado, é fundamental o diagnóstico precoce da deficiência auditiva, pois o quanto antes for identificado e estabelecidas intervenções adequadas há mais oportunidades de interação, comunicação, desenvolvimento e aprendizagem.



A pessoa com surdez pertence a uma comunidade com características culturais singulares a serem compreendidas e respeitadas. A Língua Brasileira de Sinais – Libras é a forma de comunicação desse grupo, garantida pela Lei nº 10.436, de 24/04/2002.



Paraná. Secretaria da Justiça e Cidadania



Acessibilidade para pessoas com deficiência auditiva



Atendimento Educacional Especializado - Pessoa com Surdez



DEFICIÊNCIA FÍSICA

É pessoa com deficiência física aquela que apresenta impedimentos causados por anomalia congênita (falta de um membro, membro mal desenvolvido etc.), doenças ósseas e musculares (tuberculose óssea, artrite juvenil, deficiência dos membros, distúrbios ósseos, etc.), danos neuromotores (paralisia cerebral, esclerose múltipla, distrofia muscular, poliomielite, distúrbios convulsivos, distúrbios da medula espinhal etc.) e outras causas (acidentes, amputações, queimaduras etc.), que comprometem a locomoção, coordenação e/ou fala (SMITH, 2008).

Cabe ao responsável observar algumas características e atrasos no desenvolvimento do bebê, de acordo com a idade, como hipotonicidade muscular, atraso em sustentar a cabeça (aos três meses), dificuldade em abrir as mãos voluntariamente (aos quatro meses), não vira o corpo de um lado para o outro, não rola, não se senta até aproximadamente seis meses e não anda entre um ano e um ano e meio.



Imagem: Rawpixel.com/Freepik



A atenção da família ao desenvolvimento motor da criança, a instrução dos profissionais da saúde e da educação quando percebe algo que está aquém ao desenvolvimento esperado para a faixa etária são de valor para o atendimento precoce. Portanto, algumas dessas características na infância, estão na dificuldade em controlar os movimentos do corpo, inabilidade para apanhar objetos e brinquedos, ao ser erguida pelas axilas, ocorre cruzamento das pernas, como uma tesoura, dificuldade em movimentos simples como mexer uma perna, mexer as duas pernas, mexer as pernas e os braços.

Uma escola acessível, organiza os ambientes para circulação livre de todos, elimina barreiras arquitetônicas, propiciando espaços inclusivos com rampas, banheiros, portas e corredores adaptados, bebedouros em tamanhos adequados de modo que um educando fazendo uso da cadeira de rodas, por exemplo, usufrua dos espaços e, quando for o caso, oferecer carteiras e materiais pedagógicos adequados às necessidades específicas.



Direito das pessoas com deficiência



Atendimento Educacional Especializado - Deficiência Física



Associação de Deficientes Físicos



DEFICIÊNCIA SURDOCEGUEIRA

A pessoa com surdocegueira, apresenta prejuízos concomitantes auditivos e visuais. Uma das causas da surdocegueira é a síndrome de Usher. A pessoa nasce com surdez congênita e, progressivamente, perde a visão. Embora algumas delas tenham algum resíduo visual ou auditivo, não é o suficiente para discriminar visualmente formas ou acessar a fonte dos sons (SMITH, 2008).

As pessoas com surdocegueira vivenciam situações de sentimento de isolamento, dificuldade de comunicação e de mobilidade. Por isso, cabe ao professor estimular nos educandos com surdocegueira um senso de ajustamento, como as dez sugestões sumarizadas por Smith (2008, p. 387):

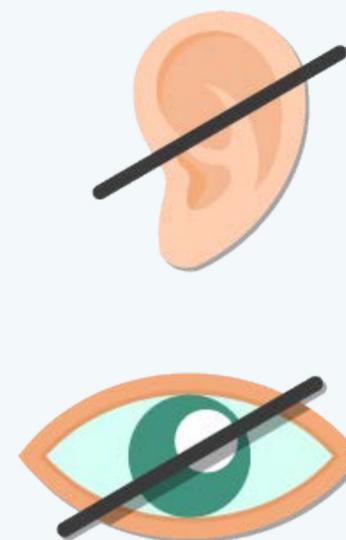


Imagem: Macrovector/Freepik



1) toque gentilmente algo perto da mão da pessoa para indicar que você está próximo; 2) identifique-se: sempre que encontrar a pessoa, talvez com um sinal especial; 3) ajude os colegas de turma a se sentirem confortáveis, interagindo com os surdocegos; 4) comunique-se diretamente com a pessoa surdocega; não pergunte a outra pessoa o que ela quer; 5) proporcione a participação dos indivíduos nas aulas de debate; 6) crie equipes corporativas para as tarefas escolares; 7) estimule os colegas de turma a incluir seus colegas com surdocegueira nos jogos, durante o intervalo e o horário livre; 8) ofereça apoio somente quando necessário; 9) demonstre respeito pelo indivíduo; 10) ria e brinque com todos os alunos.

O impacto na vida social e acadêmica das pessoas com surdocegueira é imenso, contudo os esforços em conjunto (professores, famílias e especialistas), contribuem para que os desafios e obstáculos sejam minimizados e os objetivos alcançados.



Grupo Brasil



Síndrome de Usher Brasil



Imagem: Macrovector/Freepik

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

A deficiência múltipla é a ocorrência de deficiências concomitantes (deficiência intelectual e visual, deficiência física e intelectual, transtorno do espectro autista e deficiência intelectual), o que exige que o ambiente e a educação sejam organizados considerando a duplicidade das deficiências (SMITH, 2008).

Algumas características são, notadamente, observadas nas deficiências múltiplas graves:

[...] problemas para transferir ou generalizar a aprendizagem de uma situação para a outra, de um contexto para outro, de uma habilidade para outra; capacidades limitadas de comunicação; dificuldades com a memória; necessidades de apoio para as principais atividades cotidianas (doméstica, lazer, participação na comunidade, vocação) (SMITH, 2008, p. 383).

Ainda de acordo com a autora, muitos indivíduos apresentam saúde frágil e quadros de convulsões, problemas cardíacos, paralisia cerebral, dentre outros. Independentemente da gravidade, um ambiente educacional especializado contribui para a promoção da aprendizagens e para o convívio social.



**Dificuldades acentuadas de aprendizagem -
Deficiência Múltipla.**



TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Atualmente, no âmbito educacional, multiplica-se o interesse sobre as causas e características essenciais que definem o Transtorno do Espectro Autista – TEA e melhores práticas e estratégias para ajudar a criança com autismo.

O tema autismo é complexo e desafiador. O que causa o autismo? Indagação tão comum, carregada de questionamentos e expectativas sobre a origem, consequências e intervenções clínicas e pedagógicas.

O transtorno do espectro autista é uma desordem do neurodesenvolvimento, cujas características são observadas por atrasos persistentes na comunicação social e na interação social. A ausência e/ou déficits dessas habilidades são identificadas em diferentes contextos, comprometem a capacidade de reciprocidade social, o uso e a compreensão da comunicação por meio de comportamentos não verbais, requisitos indispensáveis à interação social e à capacidade para desenvolver, manter e compreender a convivência em grupo. Além do déficit de comunicação e de interação social, os comportamentos e motivações restritivas e repetitivas compõem as características principais desse transtorno (APA, 2014).



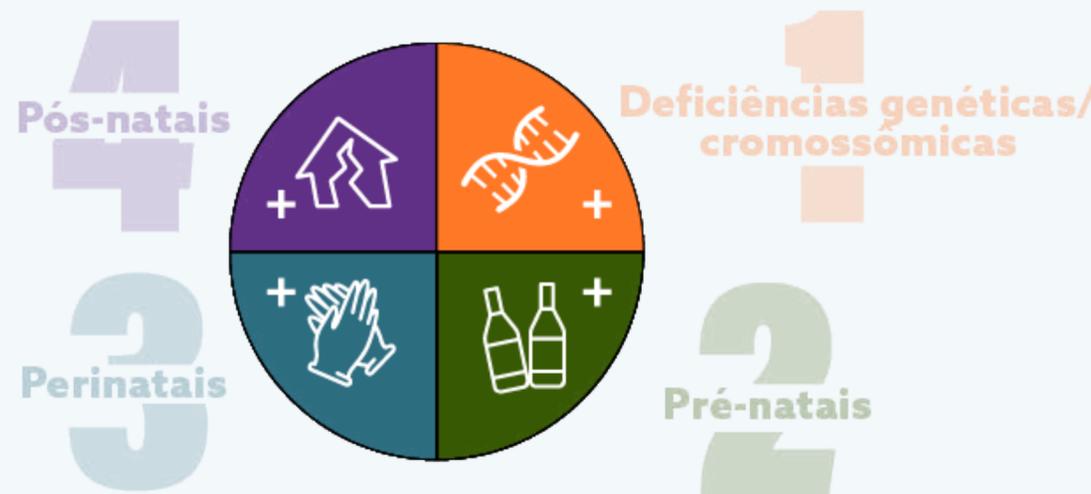
Imagem: Pikisuperstar/Freepik

Whitman (2015, p. 35), destacou que a expressão deficiência do desenvolvimento, diz respeito “[...] a uma disfunção que emerge durante a porção mais precoce da vida (entre 0 e 22 anos). O quadro abaixo sumariza as causas, os processos e as deficiências do comportamento adaptativo.

Quadro 1 - Causas, processos e deficiências do comportamento adaptativo associadas com as deficiências do desenvolvimento

QUADRO INTERATIVO

NAVEGUE PELO QUADRO INTERATIVO CAUSAS, PROCESSOS E DEFICIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO ADAPTATIVO ASSOCIADAS COM AS DEFICIÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO





Como mostrado no quadro 1, as causas das deficiências do desenvolvimento, têm origem genética e ambiental. Os fatores pré, peri e pós nascimento que ocorrem nos primeiros anos de vida ou na adolescência comprometem significativamente “[...] o funcionamento neurobiológico e psicológico, resultando, ao final, em uma deficiência (WHITMAN, 2015, p. 37). Em relação ao Transtorno do Espectro Autista a deficiência do desenvolvimento é percebida, precocemente desde os primeiros anos de vida ou posteriormente.

Essa temática é objeto de estudo de diversas áreas, em especial da saúde e da educação. Em relação às pesquisas da área médica o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014) traz a caracterização dos sinais de alerta e do diagnóstico precoce desse transtorno. Whitman (2015), sintetizou as principais características frequentemente associadas com o diagnóstico do TEA, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Características frequentemente associadas com o autismo

Sensorial	Motor
<p>Hipersensibilidade, hipossensibilidade, evitação sensorial, busca sensorial, problemas de integração vestibular, proprioceptiva e sensorial.</p>	<p>Atrasos no desenvolvimento motor, problemas com coordenação motora fina e grossa, baixo tônus motor, problemas de planejamento motor, falta de destreza, dificuldades de coordenação.</p>

ARRASTE PARA VER O RESTANTE DO QUADRO



Fonte: Elaboração própria com base em Whitman (2015, p. 58-59).





O diagnóstico da criança com TEA é realizado considerando as características individuais, a idade em que se detectou sinais do transtorno, o prejuízo e a gravidade das habilidades citadas, assim como a utilização de especificadores referentes à ausência ou presença de comprometimento intelectual associado.

O DSM-5 (APA, 2014) propõe critérios e níveis de gravidade quando ocorre a realização do diagnóstico. Em relação aos critérios são observados os seguintes comportamentos:

- a) prejuízos frequentes na comunicação e na interação social (limite em iniciar e manter um diálogo, limite em compartilhar interesses, limite em manifestar expressões de sentimentos, emoções ou afeto, limite em iniciar ou responder às interações sociais, limite no comportamento não verbal e na comunicação verbal para interagir, limite no contato visual, expressão corporal e facial, limite no uso e na compreensão de gestos, limite em iniciar, manter e compreender as relações sociais, limite em adequar o comportamento a situações sociais diferenciadas, limite em compartilhar brincadeiras de faz de conta, limite em fazer amizades e desinteresse por pares);



- b) comportamentos restritivos e repetitivos (excesso de movimentos motores e/ou uso de objetos com movimentos repetitivos (por exemplo, girar repetidamente a tampa de uma panela, fala desconexa, estereotipada, repetitiva (ecolalia) e frases idiossincráticas, comportamento persistente e dificuldade em mudança de rotina, pensamento inflexível, dificuldade com transições, insistência em manter o padrão para trajetos e ingestão de alimentos, uso de rituais de saudação, extremo sofrimento frente ao novo, interesses e apegos incomuns a objetos ou situação, interesse fixo a um aspecto do ambiente, insensibilidade à dor e à temperatura, reação adversa a ruídos e à texturas específicas (demasiada necessidade de tocar, cheirar objetos, e extremo interesse em dirigir e fixar o olhar para luzes ou movimentos);
- c) esses sintomas são manifestados precocemente durante o desenvolvimento infantil, contudo algumas estratégias aprendidas mascaram alguns sinais que são identificados tardiamente;
- d) os comportamentos prejudicam significativamente o desempenho social, acadêmico, profissional ou de outras áreas da vida do sujeito.

Os especificadores de gravidade do TEA estão sumarizados no quadro 3, conforme proposto no DSM-5 (APA, 2014).



Quadro 3 – Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritivos e repetitivos
Nível 3 'Exigindo apoio muito substancial'	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamentos, extrema dificuldade em lidar com mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 'Exigindo apoio substancial'	Déficits graves nas habilidades de comunicação social e verbal não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade de comportamentos, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos / repetitivos aparecem frequentemente suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 'Exigindo apoio'	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais de outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conservação com os outros e cujas tentativas de fazer amigos são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: DSM-5 (APA, 2014, p. 52).



Os especificadores e os critérios estabelecidos no DSM-5, ressaltam a identificação precoce de sinais do transtorno no desenvolvimento infantil. A criança com desenvolvimento típico, por volta dos oito meses, inicia a atenção compartilhada, cuja manifestação se dá por meio de acompanhar visualmente os gestos de apontar ou mostrar do adulto, ou ainda, de apanhar um objeto e compartilhar com o parceiro social (adulto, criança, professor). O bebê com características do espectro não realiza esses comportamentos, pois não estabelece contato visual com os pares. Com o passar do tempo o bebê aprende alguns gestos funcionais mas seu repertório comparado a uma criança sem TEA é inferior (APA, 2014).

É comum crianças pequenas gostarem de repetir as mesmas roupas, ingerir sempre alimentos costumeiros, alinhar brinquedos, assistir várias vezes o mesmo filme, por exemplo. No entanto, o que diferencia uma criança com desenvolvimento típico de praticar esses comportamentos de uma criança com indícios de TEA, baseia-se no tipo, na frequência e na intensidade desses comportamentos (APA, 2014).

Nem toda criança com autismo tem comprometimento intelectual. Há casos em que o nível intelectual de crianças com TEA é superior à média. Contudo, as dificuldades relacionais, de linguagens (verbal e não verbal) e de comportamentos, muitas vezes, prejudicam o desempenho e aprendizagem desses educandos (APA, 2014).



Atualmente, observa-se um crescimento excepcional no diagnóstico do TEA. Portanto, estima-se que a prevalência do distúrbio tenha aumentado em função de que mais crianças têm avaliação e diagnóstico das características que compõem o espectro (APA, 2014).

Assim como se observa uma ampliação no diagnóstico do TEA, verifica-se, também, um avanço de pesquisas envolvendo crianças com essa condição. Durante muito tempo, educandos com autismo eram matriculados em escolas especiais. Com o movimento da inclusão educacional e a promulgação da Lei nº 12.764 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012), muitas crianças com autismo, tem o direito de serem matriculadas em instituição comum de ensino da educação básica.



[Associação de Amigos do Autista](#)



[Inclusão escolar: autismo leve](#)



[Respondendo perguntas sobre autismo](#)



ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO

As pessoas com altas habilidades e superdotação, são aquelas que apresentam potencial acima da média nas habilidades cognitivas. SMITH (2008, p. 209, grifos no original), sumarizou algumas características acadêmicas e sociais do grupo.

Intelectual/acadêmica: pensa abstratamente; conceitua e sintetiza; administra e processa informação rápida e significativamente; resolve problemas; aprende rapidamente; demonstra curiosidade intelectual; é bastante interessada; rejeita repetições e rotina; pode agir de modo caprichoso; faz transferência de aprendizagem; lembra-se de muitos assuntos; demonstra alto nível de habilidade verbal; prefere aprender em ambiente silencioso; adapta-se a novas situações de aprendizagem; aplica várias habilidades de pensamento e raciocínio; usa grupos de informações não-padronizadas; é altamente motivada pelas tarefas acadêmicas; focaliza e concentra-se em um assunto ou em uma ideia por longo tempo.

Social/emocional: faz autocrítica; destaca-se; brinca com amigos mais velhos; é persistente; é ativa; demonstra individualismo; tem força de caráter; demonstra habilidades de liderança; preocupa-se com questões éticas; corre riscos; é independente e autônoma; é muito sensível com os outros e consigo mesma; tem um senso de humor maduro; é dissidente; usa expressões diferentes; busca perfeição; vive grande estresse em razão de falhas.



Em razão das características muitas vezes excêntricas e pela agilidade em aprender, causa um certo desconforto nos colegas o que dificulta estabelecer vínculos de amizades.

Algumas estratégias são imprescindíveis para que alunos com AHS avancem seu potencial como verificar se os professores têm conhecimentos sobre escolares com AHS, apresentam competências culturais e sensibilidade no trato, se usam de procedimentos e metodologias flexíveis, adequando os métodos de ensino de acordo com os estilos de aprendizagem, se exemplifica os conteúdos com abordagens culturalmente eficientes e expõe o conteúdo sob multiplicidade de perspectivas propiciando a aprendizagem cooperativa, respeitando e valorizando as diferenças e considerando todos com boas expectativas em relação a eles (SMITH, 2008).

Os alunos com AHS, quando for o caso e a família autorizar, podem acelerar os estudos e inserir-se em programas educacionais que ampliem suas habilidades por meio de recursos tecnológicos e outras fontes de aprendizagem.



**Cartilha AEE - Atendimento Educacional Especializado
- Altas Habilidades e Superdotação**



Apontamentos Finais

Cada deficiência tem um quadro comum e especificidades que variam de pessoa para pessoa, de acordo com as intervenções e estimulações essenciais.

Nesse *e-book* apresentou-se, brevemente, as características principais do público-alvo da educação especial - PAEE considerados pela Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008). Destarte, o escopo ampliou-se a partir da promulgação da Lei nº 14.254 (BRASIL, 2021) que compreende que os transtornos funcionais específicos de aprendizagem (dislexia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distúrbios de leitura, escrita, dentre outros) merecem acompanhamento integral.

Este material foca a compreensão da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, de 2008, sobre a educação de crianças com deficiência, reconhecendo a importância e necessidade de abordar em outro manuscrito as características de educandos com distúrbio de aprendizagem.

O movimento da inclusão escolar amplia a inclusão de estudantes PAEE. A modalidade Educação Especial é necessária àqueles que exigem maior suporte educacional e multiprofissional, atendidos em instituições especializadas de acordo com a área.

No caso de escolares com deficiências ou altas habilidades e superdotação incluídos no sistema comum de ensino, a legislação assegura o atendimento educacional especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais (Tipo I e II). Este atendimento complementa, suplementa a formação dos estudantes de modo que tenham mais independência e autonomia tanto no contexto escolar quanto social (BRASIL, 2008).



Referências

AMARAL, Lígia Assumpção. **Conhecendo a deficiência** (em companhia de Hércules). São Paulo: Robe, 1995.

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

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.254-de-30-de-novembro-de-2021-363377461>. Acesso em: 10/02/2023.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12764-27-dezembro-2012-774838-publicacaooriginal-138466-pl.htm>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 18 fev. 2023.



MARTÍN, Manuel Bueno; RAMÍREZ, Francisco Ruiz. Visão subnormal. In: MARTÍN, Manuel Bueno; BUENO, Salvador Toro. **Deficiência visual**: aspectos psicoevolutivos e educativos. São Paulo: Santos Livraria, 2023.

OCHAÍTA, Esperanza; ROSA, Alberto. Percepção, ação e conhecimento nas crianças cegas. In: COLL, César; PALACIOS, Jesús; MARCHESI, Alvaro. **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artmed, 1995. Cap. 12.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Relatório Mundial sobre a Visão**. Estados Unidos: Organização Mundial da Saúde, 2019.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: classificação detalhada com definições. Organização Mundial da Saúde, 2003.

SMITH, Deborah Deutsch. **Introdução à educação especial**: ensinar em tempos de inclusão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOMASELLO, Michael. **Origens culturais da aquisição do conhecimento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WHITMAN, Thomas L. **O desenvolvimento do autismo**: social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas. São Paulo: M. Books do Brasil, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, The World Bank. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE DO PARANÁ - UNICENTRO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - NEAD
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB

**Princípios e Reflexões Conceituais sobre as Deficiências —
Miriam Adalgisa Bedim Godoy**

Maria Aparecida Crissi Knuppel
Coordenador Geral UAB

Sandra Aparecida Machado Polon
Coordenador Geral Curso

Cleber Trindade Barbosa
Coordenador Geral NEAD

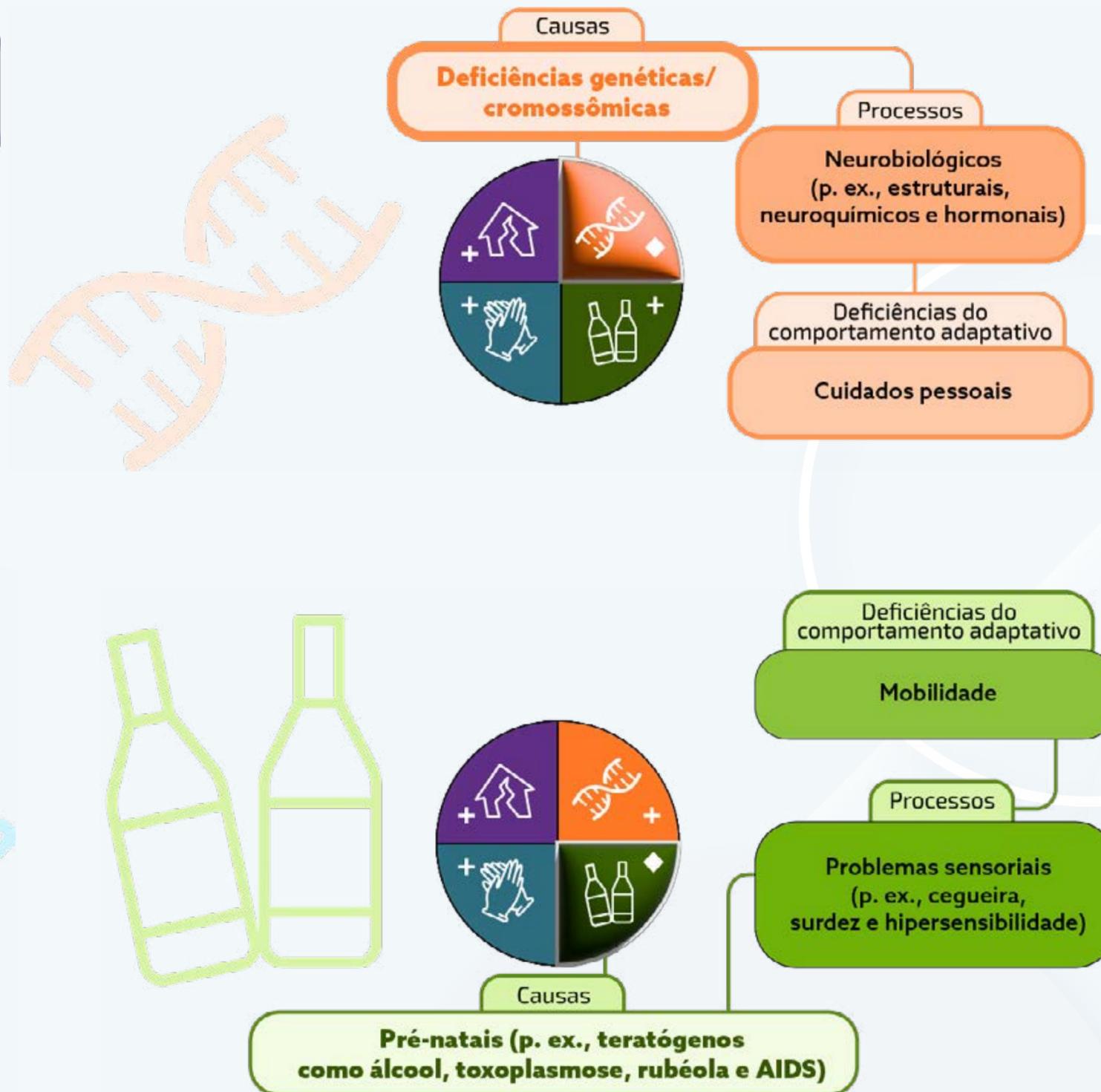
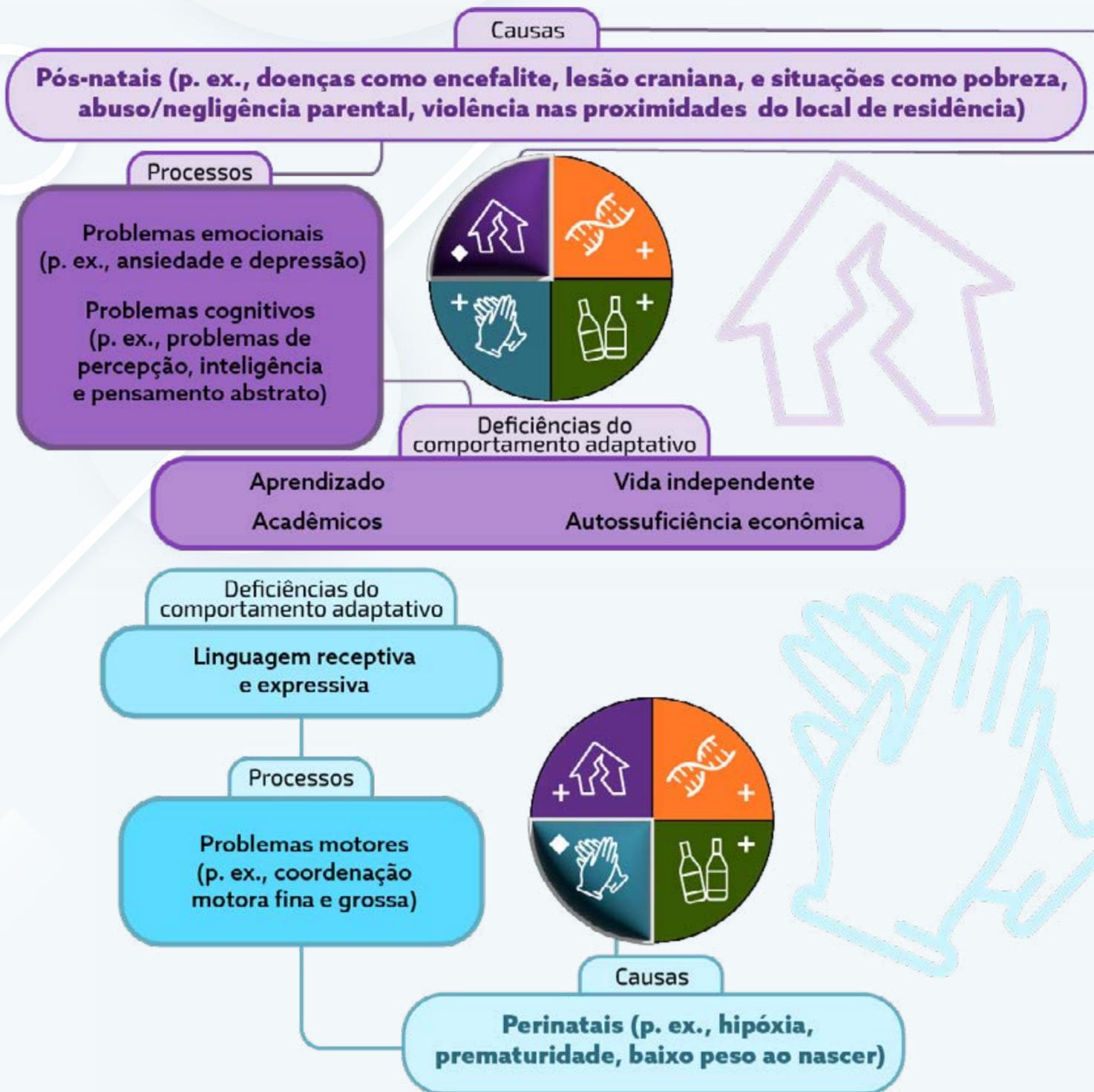
Ernando Brito Gonçalves Junior
Apoio Pedagógico

Ruth Rieth Leonhardt
Revisão

Murilo Holubovski
Designer Gráfico

Element5/Unsplash
Capa

Aneeque Ahmed /Nounproject
Ha iudin/Nounproject
ProSymbols/Nounproject
Ícones





Autorregulação

Falta de habilidades apropriadas de autorregulação, dificuldades de automonitoramento, autoinstrução e autoavaliação, deficiências na solução de problemas, incapacidade para solicitar e utilizar apoios instrumentais e emocionais, sinais de fraca autorregulação (impulsividade, distração, hiperatividade, TDAH, comportamento estereotipado e autoestimulador, interesses obsessivos e limitados, comportamentos compulsivos e ritualísticos).

Problemas comportamentais

Desobediência, agressividade, autoagressividade, problemas com o sono e com a alimentação.

Características físicas/problemas médicos

Aparência 'normal', circunferência craniana grande, convulsões.