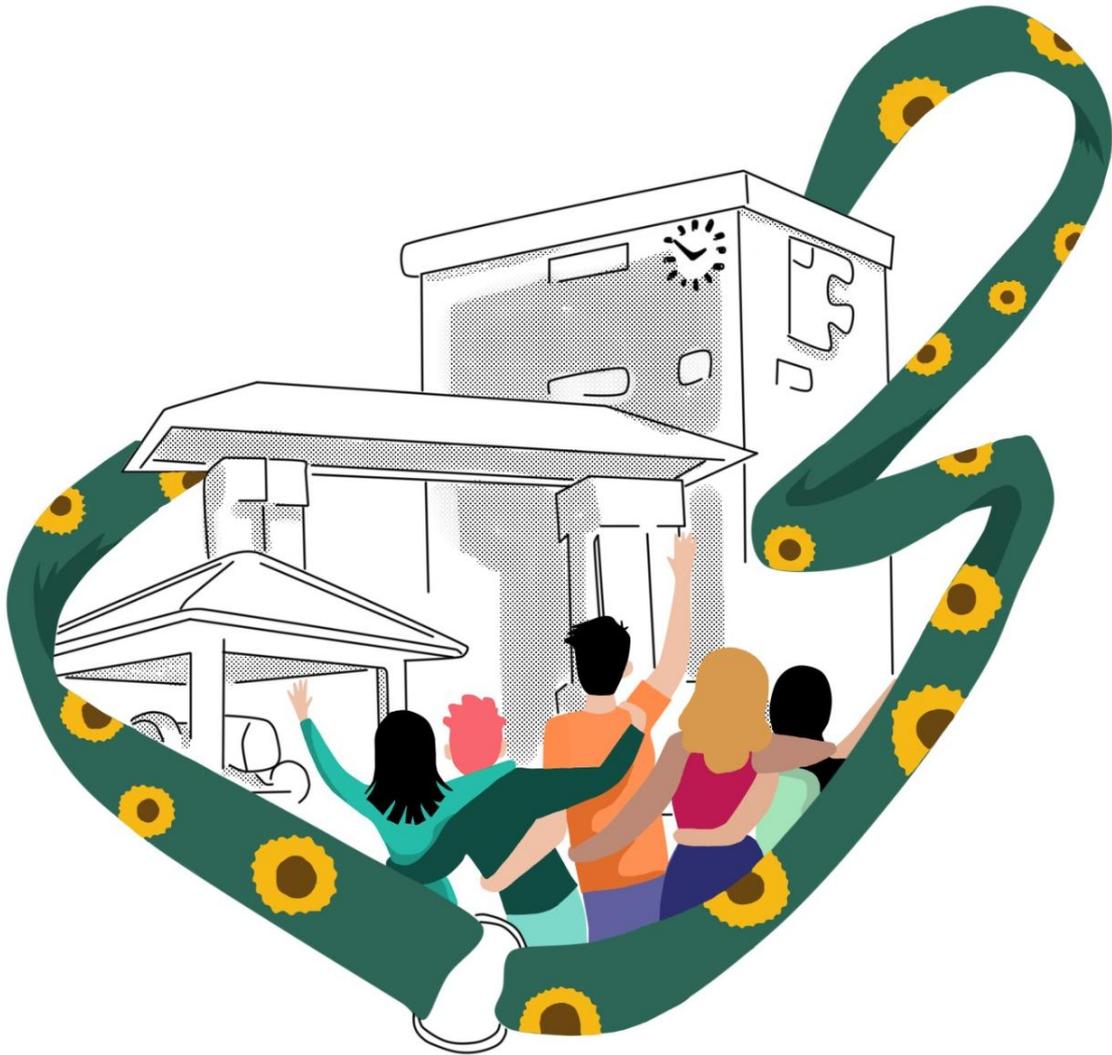


# Guia de Orientação



Inclusão, promovendo a equidade

A599g Anjos, Eduardo Vieira dos  
Guia de orientação: inclusão, promovendo a equidade/ Eduardo  
Vieira dos Anjos, Marcos André Betemps Vaz da Silva. – 2023.  
33 f. : il.

Produto educacional (Mestrado) – Instituto Federal Sul-Rio-  
Grandense, Câmpus Pelotas Visconde da Graça, Programa de  
Pós - graduação em Ciências e Tecnologias da Educação, 2023.

1. Tecnologias na educação. 2. Educação especial. 3.  
Deficiência não aparente 4. Inclusão educacional. I. Silva, Marcos  
André Betemps Vaz da (aut.). II. Título.

CDU: 376

Catálogo na fonte elaborada pelo Bibliotecário  
Vitor Gonçalves Dias CRB 10/1938  
Câmpus Pelotas Visconde da Graça

# **Ficha Técnica**

## **Autores**

Eduardo Vieira dos Anjos

Marcos André Betemps Vaz da Silva

## **Design**

Nicolas de Souza dos Anjos

## **Sumário**

APRESENTAÇÃO	4
INCLUSÃO	5
DEFICIÊNCIA	6
DEFICIÊNCIA NÃO APARENTE	7
BARREIRAS	8
AGORA É LEI	10
TEA – Transtorno do Espectro de Autismo	11
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	14
TOD – Transtorno Opositor Desafiador	15
ESQUIZOFRENIA	16
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	17
ALTAS HABILIDADES SUPERDOTAÇÃO	18
ANSIEDADE	19
SÍNDROME DO PÂNICO	20
FOBIA SOCIAL	25
DEPRESSÃO	27
REVEJA SEUS CONCEITOS!	30
DICAS	31
LEIS	32
REFERÊNCIAS	33

# APRESENTAÇÃO

“Escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando a Educação para todos”.

(Declaração de Salamanca, 1994)

Apresentamos o Guia de orientação Inclusão, promovendo a equidade. Tem por objetivo a reflexão de toda a comunidade escolar no tocante à educação inclusiva. Cada vez é mais comum em nossos Institutos Federais uma grande diversidade de alunas/os com necessidades educacionais específicas, tanto visíveis como não aparentes. E, mesmo com tantos avanços, a inclusão da/o aluna/o com necessidades educacionais específicas é um desafio para a educação brasileira de uma forma geral. Devemos estar cada dia mais reflexivos sobre esse tema.

Neste contexto, a construção deste trabalho se deu a partir de uma experiência dentro do CaVG em que um aluno com esquizofrenia entrou em crise na sala de aula. Somente foi identificado porque o mesmo entrou em crise, para surpresa de todos, o que gerou conflito e desconforto entre colegas e o professor que estava ministrando sua aula.

Educar em sua plenitude é incluir a todas e todos. Uma sociedade que deixa alguém para trás não avança efetivamente.

Cabe à escola a responsabilidade por um processo de ensino/aprendizagem amparado na educação inclusiva. Para superarmos essa exclusão histórica, esse trabalho deve ser diário. Este guia vem a colaborar para que isso ocorra.

# INCLUSÃO

Neste Guia, buscamos promover a conscientização sobre a importância da inclusão em nossa sociedade. Nosso objetivo é iniciar dentro da instituição CaVG, através da informação sobre as deficiências não aparentes, o que cremos servir como uma forma de alerta para as referidas deficiências.

A inclusão implica criar ambientes onde todas as pessoas são valorizadas, respeitadas e têm equidade de oportunidades. O guia vem para dar visibilidade a este tipo de deficiência. Nesse sentido, as barreiras à inclusão impedem a inclusão em diferentes contextos, como educação, trabalho e comunidade. Portanto, devemos sempre atentar para a importância do ensino inclusivo, onde todas/os as/os alunas/os são vistos para que suas necessidades sejam atendidas.

“Inclusão, como um paradigma de sociedade, é o processo pelo qual os sistemas sociais comuns são tornados adequados para toda a diversidade humana - composta por etnia, raça, língua, nacionalidade, gênero, orientação sexual, deficiência e outros atributos - com a participação das próprias pessoas na formulação e execução dessas. (Sasaki 2009, p.10)

# DEFICIÊNCIA

O conceito de pessoa com deficiência muitas vezes está limitado ao panorama da carência de sentidos, movimentos ou de raciocínio, características estas que sempre foram associadas à ideia da pessoa portadora de deficiência, ou seja, via de regra sempre foi reconhecida como pessoa portadora de deficiência aquelas que apresentam alguma falta ou falha sensorial, motora ou mental.

(ARAUJO, 2011, s/p)

Conforme artigo 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, 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.

# DEFICIÊNCIA NÃO APARENTE

De acordo com o Projeto Lei/2011 de Jânio Natal, artigo 4º: É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias: Ser deficiente físico não o obriga a ser deformado. Existem deficiências aparentes e não aparentes. Algumas deficiências e/ou transtornos podem ser considerados deficiências não aparentes como: esquizofrenia, autismo, lúpus, fibromialgia, altas habilidades e superdotação são algumas que servem como base para que se tenha o conhecimento devido que a deficiência/transtorno, enquadrada em seu sentido amplo, não se limita apenas ao que se vê.

# BARREIRAS

Pesquisador e ativista brasileiro, Romeu Kazumi Sassaki (1938 - 2020) foi um importante escritor que dedicou a sua vida à luta pelos direitos das pessoas com deficiência e à promoção da inclusão social. Sassaki influenciou significativamente o campo da acessibilidade e abriu caminhos para a conscientização sobre as barreiras enfrentadas por indivíduos com necessidades especiais.

As barreiras de inclusão são obstáculos físicos, sociais e atitudinais que restringem o pleno envolvimento e participação das pessoas com deficiência na sociedade. Romeu Sassaki foi um dos pioneiros em identificar e categorizar essas barreiras, destacando a importância de superá-las para garantir a igualdade de oportunidades e o exercício pleno dos direitos fundamentais.

Romeu Kazumi Sassaki (2010), autor do livro “Inclusão - construindo uma sociedade para todos” aponta seis dimensões de acessibilidade a serem observadas em todos os ambientes onde qualquer pessoa, com ou sem deficiência, tem o direito de utilizar.

# TIPOS DE BARREIRAS

<b>Barreiras Arquitetônicas</b>	Referem-se às dificuldades de acesso físico a espaços e edifícios, como falta de rampas, corrimãos, elevadores adequados, entre outros.
<b>Barreiras Atitudinais</b>	Dizem respeito às atitudes e preconceitos das pessoas em relação às deficiências, resultando em estigma, discriminação e falta de reconhecimento dos direitos dessas pessoas.
<b>Barreiras Comunicacionais</b>	Relacionam-se à falta de adaptações e recursos para comunicação, como linguagem em braile, legendas em vídeos e intérpretes de Libras (Língua Brasileira de Sinais).
<b>Barreiras Metodológicas</b>	Referem-se à ausência de métodos e práticas inclusivas em diferentes setores, como educação, trabalho e lazer, que não consideram as necessidades específicas das pessoas com deficiência.
<b>Barreiras Instrumentais</b>	São as limitações relacionadas à falta de equipamentos, dispositivos e tecnologias assistivas que auxiliam pessoas com deficiência em suas atividades diárias.
<b>Barreiras Programáticas:</b>	Dizem respeito à falta de políticas públicas, leis e regulamentos que garantam a igualdade de oportunidades e a proteção dos direitos das pessoas com deficiência.

Através de Sasaki e seu trabalho ocorreu um impacto significativo na sensibilização da sociedade e no avanço da inclusão de pessoas com deficiência. Sua contribuição foi fundamental para promover mudanças em diversos setores, buscando a remoção dessas barreiras e a criação de uma sociedade mais inclusiva, diversa e justa. Esse legado continua vivo, inspirando gerações a seguir em frente na construção de uma sociedade verdadeiramente acessível a todos.

# AGORA É LEI

Lei 14.624 de 17 de julho de 2023 altera a LBI e institui o cordão de girassol como identificação de deficiências ocultas.

Quando você vê alguém usando esse cordão, significa que essa pessoa tem uma deficiência/transtorno oculta como:

# Autismo,

# TDAH,

# Demência,

# Doença de Grohn,

# Paralisia Cerebral,

# Fibromialgia,

# Esclerose múltipla,

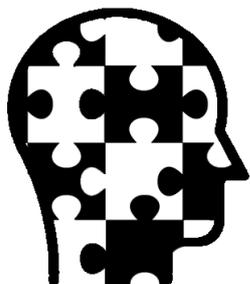
# Deficiência Intelectual,

Entre outras.



Quanto ao cordão de girassol ele veio como um instrumento de inclusão e não para reforçar o estigma e o preconceito como algo identificador, porém sabemos que as deficiências/transtorno não aparentes impactam a vida de milhões de pessoas, que além da dificuldade em ser visto e reconhecido lidam com o preconceito que é uma das maiores barreiras desse grupo.

Na sequência, apresentamos algumas especificações das deficiências/transtorno não aparentes para nos auxiliar no processo de inclusão dentro do instituto.



## **TEA – Transtorno do Espectro de Autismo**

Conforme o Ministério da Saúde, TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que costuma ser identificada na infância, entre 1 ano e meio e 3 anos, embora os sinais iniciais às vezes apareçam já nos primeiros meses de vida. O distúrbio afeta a comunicação e capacidade de aprendizado e adaptação da criança. O alcance e gravidade dos sintomas podem variar amplamente. Os sintomas mais comuns incluem dificuldade de comunicação, dificuldade com interações sociais, interesses obsessivos e comportamentos repetitivos.

O reconhecimento precoce, assim como as terapias comportamentais, educacionais e familiares poderá reduzir os sintomas, além de oferecer um pilar de apoio ao desenvolvimento e à aprendizagem.

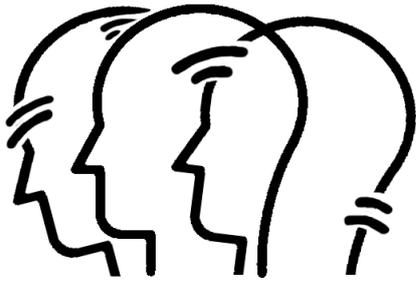
# O TEA PODE SER:

**Nível 1 (requer suporte):** Independente, dificuldades para iniciar uma interação social, reduzida vontade de se socializar e leve ficção de seus interesses restritos.

**Nível 2 (requer substancial suporte):** Apresentam um déficit médio nas suas habilidades sociais, sejam elas verbais ou não, necessita de ajuda para interagir e responder ao ambiente, muita frustração ao mudar de contexto e algumas estereotípias.

**Nível 3 (requer intenso e constante suporte):** Déficit severo na comunicação, interação muito limitada, grave a reação as mudanças e necessita presença constante do cuidador.

(<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/>)



## **TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**

O TDAH não é um transtorno de aprendizagem e sim um transtorno primário do neurodesenvolvimento que persiste e prejudica a atenção concentrada, minimizando as capacidades de memória, autocontrole, organização e planejamento. Assim, ocorrem as dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes, principalmente em ter boas notas. Entretanto, nem sempre o TDAH é preditivo de desempenho acadêmico ruim, muitas vezes, eles possuem inteligência superior. Mas as falhas nos processos atencionais, de regulação e do emocional acabam gerando dificuldades no processo de aprendizagem.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/DMS-5, classifica o TDAH em 3 tipos: Tipo hiperatividade-impulsivo, tipo desatento e o combinado que é o TDAH hiperativo impulsivo e desatento juntos.

Destacamos aqui a Lei Federal (14.254/21), aprovada em 30 de novembro de 2021, determinando que o poder público deve oferecer um programa de diagnóstico e tratamento precoce aos alunos da educação básica com TDAH.



## **TOD – Transtorno Opositor Desafiador**

Segundo (Kaplan et al.2003), é caracterizado por sintomas como comportamento agressivo e humor irritável em crianças. É um distúrbio que provoca sintomas como comportamento desafiador e impulsivo, dificuldade de lidar com frustrações, teimosia, entre outros. Ele geralmente surge antes dos 8 anos de idade, mas também pode ser diagnosticado em crianças mais velhas ou adolescentes.

## Quadro comparativo

	<b>TOD</b> Transtorno Opositivo Desafiador	<b>TEA</b> Transtorno do Espectro Autista	<b>TDAH</b> Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
Foco e organização	A impaciência e instabilidade prejudicam o foco. Não segue orientações para organização.	Se apegar a rituais para a organização. Mantém o hiperfoco em uma coisa apenas.	Impulsivo, enérgico, não para quieto. Possui dificuldade na concentração.
Regras	Conhece regras, mas é muito impulsivo e não as cumpre.	Não segue regras. Desconhece a regra, por isso não cumpre.	Conhece as regras, porém é impulsivo, por isso não as segue. Não faz por maldade.
Socialização	Dificuldade em fazer amizades. Responsabiliza os outros pelos seus erros. É hostil, desafiador e provocador.	Dificuldade em fazer amizades, por ser visto como uma pessoa diferente e que gosta de ficar sozinha.	Dificuldade em fazer amizades. Prefere liderar, mandar. Impulsivo, irritante, perturbador.
Inquietação	Teimosia exagerada, perturba as pessoas de propósito, sem que haja algo específico como motivo.	Em crise, apresenta conflito, independente da situação.	Considerado sem limites, não para quietos. Apresenta contrariedade quando não gosta de algo.
Linguagem	Não possui problemas na linguagem de forma geral.	Característica comum nesse transtorno é a dificuldade na linguagem verbal e compreensão verbal.	Não possui grandes problemas de linguagem, mas pode apresentar alguns atrasos pela patologia.

@rhemaeducacao (Grupo Rhema Educação Oficial)



## **ESQUIZOFRENIA**

A esquizofrenia caracteriza-se por psicose (perda do contato com a realidade), alucinações (percepções falsas), delírios (crenças falsas), discurso e comportamento desorganizados, embotamento afetivo (variação emocional restrita), déficits cognitivos (comprometimento do raciocínio e da solução de problemas) e disfunção ocupacional e social.

A causa é desconhecida, porém, há fortes evidências de algum componente genético e ambiental. Os sintomas geralmente começam na adolescência ou no início da idade adulta. Um ou mais episódios de sintomas devem durar, no  $\geq 6$  meses antes que o diagnóstico seja feito.

O tratamento é feito com fármacos, terapia cognitiva e reabilitação psicossocial. A detecção e o diagnóstico precoces melhoram o funcionamento em longo prazo.



# DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A deficiência intelectual é caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo.

Os indivíduos deficientes mentais são classificados em educável, trinável e grave/profundo a definição mais comum empregada a esse tipo de deficiência é a criada pelos principais membros da Associação Americana de Deficiência Mental (AADM).

A deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, que coexiste com falhas no comportamento adaptador e se manifesta durante o período de desenvolvimento. (Grossman, 1997 citado por KIRK e GALLANGHER, 1996, p.121)

A deficiência mental origina-se de três formas:

- Ordem Biológica: compreende fatores pré-natais (genéticos e congênitos), perinatais (traumatismo obstétrico, hipoxia, hemorragia, prematuridade, pós maturidade e outros) e pós-natais (infecções, intoxicações exógenas, traumas e hemorragias cerebrais);
- Ordem Psicológica: carência efetiva precoce, distúrbios perceptivos, fatores emocionais como neurose e psicose;
- Ordem Sociológica: compreende a privação social e cultural, o nível sócio-econômico, a situação urbana ou rural e a compreensão do grupo sócio-familiar.



# ALTAS HABILIDADES SUPERDOTAÇÃO

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), pessoas 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, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse.

Segundo a Teoria de Superdotação dos três Anéis (Renzulli, 1986), as Altas Habilidades/Superdotação podem ocorrer em qualquer área de inteligência humana. Nessa perspectiva, podemos identificar o comportamento em uma pessoa pela presença de três traços humanos, a saber: habilidade acima da média; elevado nível de criatividade e elevado nível de comprometimento com a/o tarefa/assunto. O comportamento Altas Habilidades/Superdotação é resultante da intersecção entre os três traços de comportamento.



# **ANSIEDADE**

A ansiedade é uma reação comum diante de situações que podem provocar expectativa ou medo, podendo ser identificada como um verdadeiro problema se unida a sintomas como tensão muscular, irritabilidade, fadiga, inquietação, perturbação do sono e dificuldade de concentração.

Desta forma, ela se torna desproporcional aos acontecimentos que a geram, causando muito sofrimento e interferindo na qualidade de vida e no desempenho familiar, social e profissional da pessoa.



## SÍNDROME DO PÂNICO

A síndrome ou transtorno do pânico é uma doença que se caracteriza pela ocorrência repentina, inesperada e de certa forma inexplicável de crises de ansiedade aguda marcadas por muito medo e desespero, associadas a sintomas físicos e emocionais, que atingem sua intensidade máxima em até 10 minutos.

Durante o ataque de pânico, em geral de curta duração, a pessoa experimenta a nítida sensação de que vai morrer, ou de que perdeu o controle sobre si mesmo e vai enlouquecer.

## **POSSÍVEIS CAUSAS:**

As causas da síndrome do pânico são desconhecidas. A ciência acredita que um conjunto de fatores possa desencadear o desenvolvimento desse transtorno:

- Genética;
- Estresse;
- Temperamento forte e suscetível ao estresse;
- Mudanças na forma como o cérebro funciona e reage a determinadas situações;
- Morte ou adoecimento de uma pessoa próxima;
- Mudanças radicais ocorridas na vida;
- Histórico de abuso sexual durante a infância;
- Experiência traumática, como um acidente.

## **FATORES DE RISCO:**

- Costuma afetar mais mulheres do que homens.
- As crises de síndrome do pânico geralmente começam entre a fase final da adolescência e o início da idade adulta.

Obs.: a síndrome do pânico pode ocorrer depois dos 30 anos e durante a infância, embora no último caso ela possa ser diagnosticada só depois que as crianças já estejam mais velhas.

## **SINTOMAS FÍSICOS:**

O ataque de pânico começa de repente e apresenta pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

- Palpitações e aceleração cardíaco.
- Suores intensos.
- Calafrios ou ondas de calor.
- Tremores ou abalos.
- Adormecimentos e formigamentos.
- Sensação de falta de ar, sufocamento ou asfixia.
- Náuseas ou desconforto abdominal.
- Dores ou desconforto no peito ou tórax.
- Tonturas e vertigens.

## **SINTOMAS PSICOLÓGICOS:**

- Medo de perder o controle ou de enlouquecer.
- Medo de morrer.
- Sentimento de estar em perigo.
- Sensação de bloqueio mental.
- Desrealização e despersonalização das pessoas e coisas.
- Angústia.
- Sensação de transtorno de ansiedade generalizada.
- Medo de ter outro ataque.

## **PREVENÇÃO:**

Existem medicamentos que podem ser utilizados antes de situações que normalmente geram desespero no paciente com síndrome do pânico.

Exemplo: Se você sente pânico de viajar de avião, pode tomar um remédio antes de embarcar para evitar a crise.

## **RELAÇÃO COM DEPRESSÃO E ALCOOLISMO**

Portadores da síndrome do pânico apresentam quadros de depressão.

Para aliviar as crises de ansiedade, em muitos casos buscam na bebida uma solução para se manterem calmos.

## **ATAQUE DE PÂNICO X ATAQUE CARDÍACO**

### **ATAQUE DE PÂNICO:**

As dores podem se espalhar pelo tórax e pescoço, mas não provocam a sensação de pressão.

Além disso, o paciente sente um desespero muito grande, tem medo de morrer e a visão da realidade distorcida, não conseguindo diferenciar o que é ou não real. Também pode haver sinais como sensação de sufocamento, tontura ou vertigem e ondas de calor e calafrios, menos frequentes em caso de infarto.

# **ATAQUE CARDÍACO:**

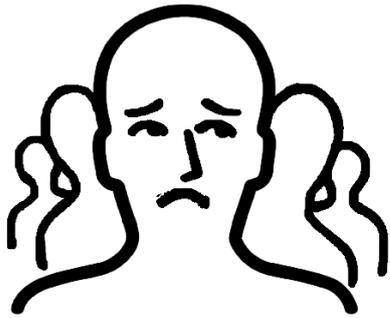
A pessoa geralmente sente uma dor opressiva na região do tórax que pode irradiar para mandíbula, ombros ou braços (mais frequentemente, do lado esquerdo), além de ardor no peito que pode ser confundido com azia.

## **RECOMENDAÇÕES:**

- Pratique exercícios físicos.
- Não se automedique nem recorra ao consumo do álcool ou de outras drogas para aliviar os sintomas.
- Procure assistência médica; quanto antes forem diagnosticada, melhor será a resposta ao tratamento.

## **COMO AJUDAR ALGUÉM QUE ESTÁ TENDO UM ATAQUE DE PÂNICO:**

- Oriente-a se concentrar na respiração e a respirar mais lentamente.
- Leve-a para um ambiente mais calmo e tranquilo.
- Mude o foco dela para o momento presente.
- Foque em objetos que ela pode tocar.
- Converse de maneira acolhedora e jamais minimize o sofrimento dela.
- Não diga coisas como “isso só está na sua cabeça”.
- Se for o primeiro ataque de pânico, é importante buscar atendimento médico.



# FOBIA SOCIAL

Fobia social é uma doença mental crônica caracterizada pelo medo e pela ansiedade. Ao contrário do que possa parecer, a fobia social não é timidez. Ir a uma simples festa já é o bastante para sofrer com a ansiedade por acreditar que um estranho possa iniciar uma conversa, por exemplo. O indivíduo com esse tipo de fobia pode achar que as pessoas o estão julgando ou rejeitando.

## **Quais são as causas da Fobia Social?**

A amígdala cerebelosa é responsável por controlar as emoções no nosso cérebro. Para algumas pessoas, esse controle funciona com maior intensidade, causando mais ansiedade e medo diante da vida social e de situações de sociabilidade.

Embora, em alguns casos, a fobia social pode estar relacionada à herança genética, fatores ambientais desempenham importante papel. Alguns estudos apontam que, na maioria das vezes, a fobia social está associada à educação dada pelos pais, ou algum trauma psicológico, como, por exemplo, bullying ou rejeição.

## **Quais são os sintomas da Fobia Social?**

Os sintomas da fobia social são avaliados pelo comportamento do indivíduo em determinadas situações. Pessoas com fobia social vão

além do desconforto de se expor ou falar com outras pessoas, tendo seu dia a dia afetado, pois sofrem com o nervosismo de conviver socialmente.

**Quem tem fobia social pode apresentar alguns desses sintomas:**

- Desconforto ao falar em público ou ao ser observado por outras pessoas;
- Voz trêmula e gagueira;
- Pessimismo;
- Medo em situações sociais;
- Ansiedade excessiva



# DEPRESSÃO

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa auto estima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É imprescindível o acompanhamento médico tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado.

(<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>)

## **SINTOMAS:**

- humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia;
- desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas;
- diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis;
- desinteresse, falta de motivação e apatia;
- falta de vontade e indecisão;
- sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio;
- pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte. A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio;
- interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom “cinzento” para si, os outros e seu mundo;
- dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento;
- diminuição do desempenho sexual (pode até manter atividade sexual, mas sem a conotação prazerosa habitual) e da libido;
- perda ou aumento do apetite e do peso;
- insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual) ou, menos frequentemente, aumento do sono (dorme demais e mesmo assim fica com sono a maior parte do tempo);
- dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos ombros, dor de cabeça

ou no corpo, sensação de corpo pesado ou de pressão no peito, entre outros.

## **CAUSAS:**

Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células.

Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos. Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão. Vale ressaltar que o estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que provavelmente é genética.

# REVEJA SEUS CONCEITOS!

A informação é essencial para que os preconceitos sejam superados e a inclusão aconteça de forma efetiva. Ponderar sobre alguns conceitos contribui para melhor entendimento sobre as diferenças, quebrando barreiras de convívio.

A seguir algumas noções que devem ser superadas a respeito das necessidades específicas:

**O aluno com altas habilidades não precisa de ajuda.**

## FAKE

Toda/o aluna/o precisa de apoio durante o processo de ensino/aprendizagem. Para desenvolver seu potencial, o aluno com altas habilidades precisa ser estimulado por uma variedade de experiências de aprendizagem que sejam enriquecedoras e aprofundadas nas mais diversas áreas em que se manifesta a alta habilidade.

**O aluno com altas habilidades é expert em tudo.**

## FAKE

Altas habilidades/superdotação pode se manifestar de forma combinada ou isolada em várias áreas, mas não necessariamente em todas. O estudante poderá se destacar em Matemática, por exemplo, e não ter o mesmo êxito em outras disciplinas. Altas habilidades não são sinônimos de genialidades ou excelência acadêmica.

## DICAS:

# Aprenda a conviver com a diferença. Ela é constituinte da condição humana.

# É importante sempre perguntar diretamente à pessoa com necessidades específicas qual a melhor forma de ajudar para evitar conclusões precipitadas.

# Não considere que todas as pessoas com necessidades específicas sejam iguais, especialmente aquelas que têm o mesmo tipo de deficiência. Antes de qualquer coisa, elas são indivíduos com características próprias. Atenção para não padronizar comportamentos.

# Não seja superprotetor. Estimule a autonomia e independência das pessoas com necessidades específicas, respeitando seu ritmo.

# Não subestime ou superestime a eficiência e as possibilidades das pessoas com necessidades específicas. É preciso aceitar suas diferenças e considerá-las, não tirando conclusões precipitadas sobre seus potenciais.

# Dirija-se diretamente à pessoa, mesmo que ela tenha um familiar ou profissional que faça a intermediação da comunicação, como no caso do intérprete de libras para pessoa surda. Não podemos invisibilizar as pessoas com necessidades específicas falando por elas. Elas possuem capacidade de se expressar.

# Não subestime a pessoa com deficiência intelectual. Ela pode levar um tempo diferente para aprender, mas é capaz de adquirir diversas habilidades intelectuais e sociais.

# Trate a pessoa com deficiência intelectual de acordo com sua idade ou com a faixa etária com a qual ele se identifica. Não infantilize.

# LEIS:

BRASIL, 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em 5 maio 2022.

BRASIL. Declaração de Salamanca Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 1999b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Acesso em: 20 out. 2022.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm). Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em 5 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm)

# REFERÊNCIAS:

ARAUJO, Luiz Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1997 - 4ª ed, revista, ampliada e atualizada (Brasília: 2011).

BARKLEY, R. (org.) (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed. 784 páginas.

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; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. DOU, 27 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. DOU, 20 dez. 1996.

BRASIL. Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI, 2008).

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007).

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia>

KAPLAN, H I.; SADOCK J.; GREB. A. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. 3. reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LIMA, A. B. de; ESPINDOLA, C. R. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. Rev. Subj., Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 105-112, abr. 2015.

RENZULLI, J. S. The treering conception of giftedness: A developmental model for creative productivity. Conception of giftedness.. Cambridge: Press Syndicate of University of Cambridge, 1986.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009.