



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Programa de Apoio ao Estudante com Deficiência

Manual de orientações ao estudante apoiador

Comitê de Inclusão e
Acessibilidade – CIA –
UFPB. Prédio de Reitoria
Campus I João Pessoa PB

Telefone: (83) 3216-7973
Email: cia.ufpb@gmail.com
www.ufpb.br/cia

Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz
REITORA

Bernardina Maria J. Freire de Oliveira
VICE-REITORA

Rafael Paulo de Ataíde Monteiro Melo
COORD. COMITÊ DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE

Claudia Regina Cabral Galvão
VICE-COORD. COMITÊ DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE

Sumário

I.	Apresentação do Programa.....	Erro! Indicador não definido.
	Sobre o Programa	
	Deveres do Estudante Apoiador	
	Período de duração do programa	
II.	Deficiência Físico-motora.....	4
III.	Paralisia Cerebral.....	<u>10</u>
IV.	Deficiência Visual Total	16
V.	Visão Subnormal.....	21
VI.	Dislexia.....	23
VII.	Transtorno do Espectro do Autismo.....	25
VIII.	Deficiência Intelectual.....	27
IX.	Deficiência Auditiva total.....	31
X.	Deficiência Auditiva parcial.....	35
XI.	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.....	38
XII.	Referências.....	41

Apresentação do programa

i O Programa de Apoio aos Estudantes com Deficiência pertence ao Comitê de Inclusão e Acessibilidade (CIA) da Universidade Federal da Paraíba que é vinculado diretamente ao Gabinete da Reitoria. Este comitê foi criado oficialmente no dia 26 de novembro de 2013 através da Resolução nº 34/2013 do Conselho Universitário (CONSUNI). Este programa através da LDB nº 9.394, de 1996, especificamente nos artigos 58, 59 e 60, que preveem o atendimento educacional especializado para estudantes com deficiência nos diferentes níveis de ensino, além da Portaria 3.284, de 2003 que estabelece as condições básicas para a inclusão do aluno com deficiência no ensino superior e o Decreto-Lei nº 5.296, de 2004, que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida e estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade, visa prestar assistência a todos os alunos da UFPB que possuam algum tipo de deficiência ou limitação.

Os Estudantes apoiadores assumirão atividades junto aos estudantes com deficiência, respeitando-se as peculiaridades e necessidades educacionais de cada área de deficiência ou alteração decorrente de sequelas físico motora, auditiva, visual, de transtornos funcionais específicos (TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e outras demandas pedagógicas.

Deveres do estudante apoiador

i Para cada área de deficiência o estudante apoiador assumirá funções compatíveis com as peculiaridades e necessidades dos estudantes sob sua responsabilidade, e estas funções podem ser ajustadas e reavaliadas periodicamente, a partir da solicitação do estudante ou do próprio apoiador ou ainda por interesse do Comitê de Inclusão e Acessibilidade.

i O Estudante apoiador deverá entregar mensalmente uma ficha de frequência descrevendo as atividades realizadas, assinatura do docente e assinatura do aluno apoiado. Além disso, ao final do semestre letivo, apresentará relatório de atividades realizadas.

i Os estudantes que forem apoiadores em outros semestres e forem mal avaliados pelos estudantes que estavam sendo apoiados e/ou não entregaram o relatório final não poderão participar do novo processo de seleção, e, caso realizem a inscrição, poderão ser suspensos durante o processo em qualquer momento, ainda que tenham participado de todas as etapas.


Período de duração do programa

i O exercício das atividades de apoiador tem início no dia 01 de março de 2016 e termina com o calendário acadêmico referente à 2015.2. (22 de junho de 2016) Caso o estudante apoiado tenha necessidade de realizar exames finais para além desta data o estudante apoiador deverá permanecer disponível. O contrato poderá ser renovado por tempo indeterminado mediante consentimento de apoiador, apoiado, da PRAPE e do CIA.

i O estudante apoiador será automaticamente desvinculado (sem nenhum ônus financeiro para a PRAPE e para o CIA) do Programa caso o estudante que esteja sendo acompanhado deixe de frequentar as aulas nas quais está sendo assistido, seja por motivo de trancamento oficial, desistência ou ainda quando este tenha 3 faltas (consecutivas ou não). Neste caso a bolsa será imediatamente suspensa;

i O estudante apoiador será automaticamente desvinculado do Programa caso seja comprovado que o mesmo não está desempenhando as funções para quais foi designado ou quando exceda o limite de 3 faltas durante o período acadêmico (sejam essas faltas consecutivas ou não). Neste caso a bolsa será suspensa e CASO O APOIADOR TENHA RECEBIDO E O SERVIÇO NÃO TENHA SIDO PRESTADO, o dinheiro deverá ser reembolsado através de pagamento de GRU para a União; caso o estudante apoiador necessite se ausentar do exercício de suas funções, entrar em contato imediato com o CIA e conseqüentemente designar um outro aluno para exercer tais atividades.

i O estudante apoiador não tem permissão para assistir ou gravar as aulas quando o estudante que estiver sendo assistido não estiver presente em sala.

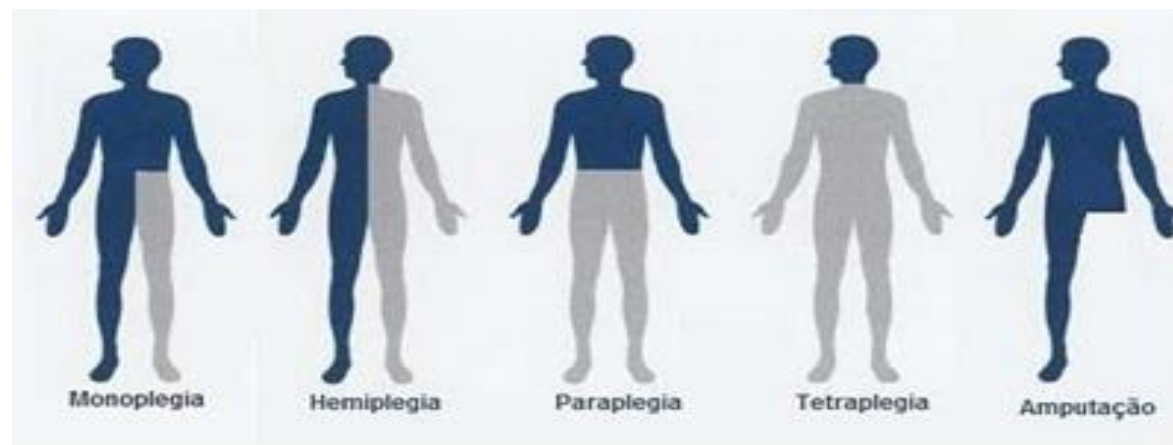
 O estudante apoiador deve no primeiro dia de aula em que for desempenhar suas funções se apresentar ao docente responsável pela disciplina e ao restante da turma esclarecendo quais são suas funções e se identificando como parte integrante do Programa de Apoio ao Estudante com Deficiência que é vinculado ao Comitê de Inclusão e Acessibilidade da UFPB (Órgão que responde diretamente à Reitoria).

Deficiência Físico-motora

A deficiência física é a “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física (Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999). Seguem abaixo os tipos de comprometimento:

Tipos de comprometimento	
Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
Monoplegia/ Monoparesia	Perda total e parcial respectivamente das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Triplegia /Tripareisia	Perda total e parcial respectivamente das funções motoras em três membros.
Hemiplegia/ Hemiparesia	Perda total e parcial respectivamente das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Amputação	Perda total e parcial de um determinado membro ou segmento de membro

Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta;
Paralisia Cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.



Inclui-se também a Ostomia e Paralisia Cerebral

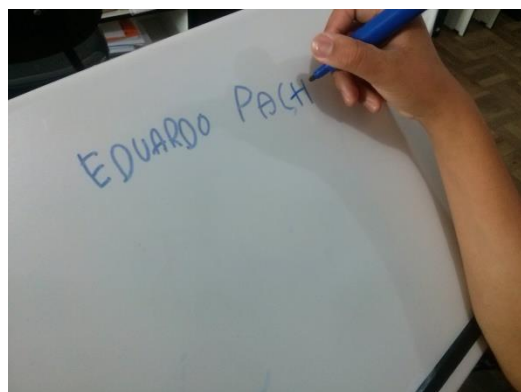
Materiais de Tecnologia Assistiva

i No Brasil, o Comitê de Ajudas Técnicas - CAT, instituído pela PORTARIA N° 142, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2006 propõe o seguinte conceito para a tecnologia assistiva: "Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com

deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (ATA VII - Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) - Secretaria Especial dos Direitos Humanos - Presidência da República).

Alguns Recursos De Tecnologia Assistiva Para Deficientes Físicos

- i** Plano inclinado, para prender o papel em um ângulo apropriado para escrita.



- i** Adaptações para escrita



- i** Adaptações auxiliares para alimentação.



- i Gravador: Utilizado para gravar as aulas quando necessário.



- i Substituidora de preensão para diversas atividades



- i Órteses: qualquer aparelho externo usado para imobilizar ou auxiliar os movimentos dos membros ou da coluna vertebral.



- i Próteses: Dispositivo implantado no corpo para suprir a falta de um órgão ausente ou para restaurar uma função comprometida.



i Muletas E Cadeira De Roda



Como posso ajudar pessoas com deficiência Física?

- i** Ao empurrar uma pessoa em cadeira de rodas, faça-o com cuidado. Preste atenção para não bater naqueles que caminham à frente.
- i** Mantenha as muletas ou bengalas sempre próximas à pessoa com deficiência.
- i** Se achar que ela está em dificuldades, ofereça ajuda e, caso seja aceita, pergunte como deve proceder.
- i** Converse de frente e no mesmo nível do olhar da pessoa; empregue palavras como "andar" e "correr" naturalmente.
- i** Evite apoiar-se na cadeira de rodas é tão desagradável como fazê-lo numa cadeira comum onde uma pessoa está sentada.

- i** Se você presenciar um tombo de uma pessoa com deficiência, ofereça-se imediatamente para auxiliá-la. Mas nunca aja sem antes perguntar se e como deve ajudá-la.
- i** Esteja atento para a existência de barreiras arquitetônicas quando for escolher um restaurante, praça ou qualquer lugar.

Principais funções do aluno apoiador para assistir aluno com deficiência física:

- Auxiliar na locomoção do estudante no campus (incluindo percurso ao ponto de ônibus).
- Facilitar a participação em atividades dentro e fora da sala de aula.

Pergunte ao aluno apoiado como ele gostaria de ser ajudado.

Verifique-se de que os dispositivos auxiliares como cadeira, muletas e adaptações de uso diário, estejam à disposição do aluno apoiado quando o mesmo precisar;

Permita que o aluno execute as atividades em seu tempo sem apressá-lo.

- O estudante apoiador é o responsável pela solicitação de materiais, recursos e suporte técnico e tecnológico junto aos setores da UFPB, compatíveis com as necessidades do estudante apoiado, para isso procure o comitê de inclusão e acessibilidade.

Paralisia Cerebral

A paralisia cerebral (PC), descrita atualmente como Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (E.C.N.P.I.) é o termo técnico empregado para representar o estado mórbido de mau funcionamento do sistema nervoso central resultante de lesões neurológicas, específicas ou generalizadas, sofridas pela criança nos seus primeiros anos de vida, provocadas geralmente pela falta de oxigenação das células cerebrais causando um comprometimento significativo no desenvolvimento motor, caracterizado pelo atraso no ritmo considerado normal de maturação encefálica (SCHWARTZMAN,1993, p.4).

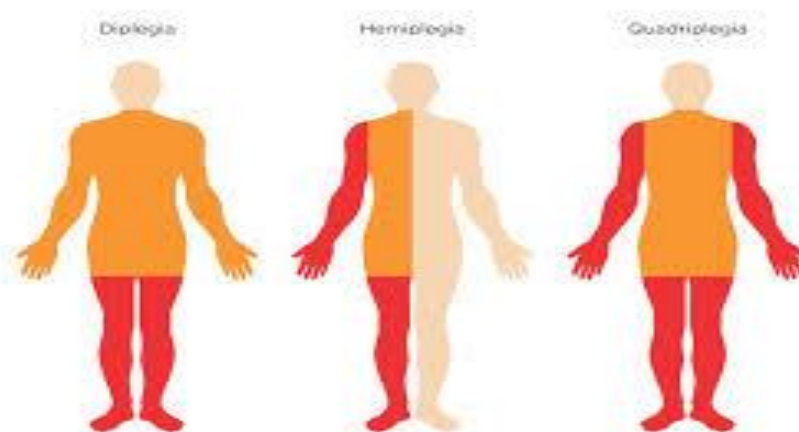
Como o próprio nome diz, é um grupo não progressivo, mas frequentemente mutável, de distúrbios motores (tônus e postura), secundários à lesão do cérebro em desenvolvimento (GIANNI, 2003).

Os danos neurológicos podem acometer a criança no período pré, peri e pós natal, por diversos motivos, como apresentado na tabela:

Pré-natal	Perinatal	Pós-Natal
Infecções congênitas (Toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, rubéola, HIV).	Anóxia cerebral	Agressões ao SNC (traumatismo cefálico)
Consumo de drogas, cigarro e álcool durante a gestação	Hiperbilirrubinemia	Infecções do SNC (meningites/encefalites)
	Trauma durante o trabalho de parto	Hidrocefalia
	Infecção do SNC	Convulsões
		Afogamentos

A Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância pode apresentar manifestações clínicas distintas, de acordo com o tipo e a distribuição do comportamento. As formas mais frequentes são o espástico (aumento do tônus muscular), extrapiramidal (movimentos involuntários anormais; proximais (coréia), distais (atetose) ou amplos e fixos (distonia), atáxico (falta de coordenação e do equilíbrio nos movimentos musculares), e também, menos frequente, a forma mista (a espasticidade, os movimentos involuntários e/ou a ataxia se somam, geralmente com o predomínio de um desses quadros) (GIANNI, 2003).

Pela topografia da lesão, os sintomas podem surgir nas formas:



i Quadriplegia (paralisia de todos os quatro membros, superiores e inferiores, e também da musculatura do tronco);



i Diparesia (paralisia de dois membros, geralmente os inferiores)



i Hemiplegia (paralisia de metade sagital do corpo, ou seja, braço e perna esquerdos, ou braço e perna direitos).



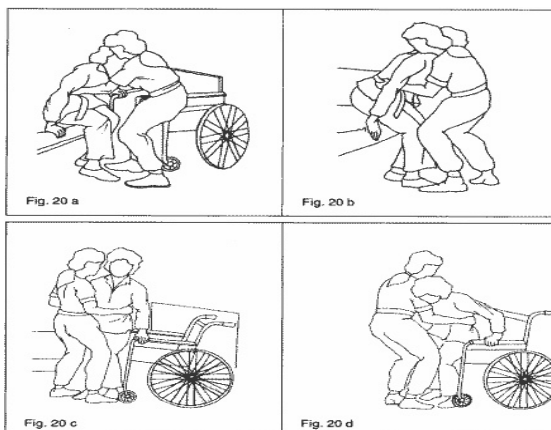
Além do comprometimento motor, outros distúrbios decorrentes da lesão neurológica estão presentes e podem causar maior demanda no cuidado e tratamento. São estas, convulsões, déficit cognitivo, alterações oculares e visuais, anormalidades da fala e linguagem, distúrbios da deglutição, comprometimento auditivo e distúrbios de comportamento.

Caberá ao aluno apoiador:

- Organização do espaço físico da sala de aula onde o estudante vai estar, pois ele poderá ter um mobiliário adaptado para atender a sua necessidade;



- Transferência da cadeira de rodas;



- Deslocamento dentro do campus;



- O aluno apoiador também deverá auxiliar ao estudante nas atividades acadêmicas, estudando o conteúdo junto com ele e prestando-lhe assistência nas atividades didáticas pedagógicas assim como for necessário.
- Em alguns casos, talvez seja necessário organizar o material de estudo com tamanho da fonte maior, visto os casos de comprometimento visual. Uma alternativa é digitalizar os arquivos, caso o estudante tenha acesso a recurso de informática como tablet e notebook para que com isso, ele possa ter uma melhor visualização do conteúdo.
- Se necessário, escrever o conteúdo passado pelo professor, caso o estudante não consiga.
- Acompanhar o estudante no horário das refeições, prestando auxílio necessário.

Deficiência Visual Total

Do ponto de vista clínico, cegueira legal é definida por acuidade visual igual ou menor que 20/200 (escala optométrica de Snellen) ou campo de visão inferior a 20° no melhor olho. De forma funcional, é caracterizada pela perda total da visão, inclusive ausência de percepção de luz.

A cegueira pode ser causada na infância, algumas doenças que podem levar a ela são:

- i Atrofia óptica:** caracterizada pela perda total ou parcial da visão decorrente de lesões ou doenças no nervo óptico, disco óptico ou papila.
- i Catarata pediátrica:** principal causa da cegueira tratável na criança, e é responsável por 10% a 20% desses casos.
- i Retinopatia da prematuridade:** é uma doença de alta prevalência, se não tratada na época adequada, leva a cegueira irreversível.

Já na fase adulta algumas das doenças que podem levar a cegueira:

- i Catarata:** é responsável por 50% dos casos de cegueira no mundo, caso não seja tratada.
- i Retinose pigmentar:** causa perda visual progressiva, primeiramente acontece a cegueira noturna, depois a perda da visão periférica e mais tardia a perda da visão central.

Orientação e Mobilidade

- i Orientação** é quando o indivíduo perceber o ambiente e conseguir se localizar nele, através de outros sentidos como o olfato, tato e audição.

i Mobilidade é quando o indivíduo se movimenta de forma eficaz.

Algumas formas de mobilidade

i Utilização de outras pessoas – guia vidente: mesmo sendo de forma dependente, o deficiente visual tem autonomia em suas decisões.



i Bengala: extensão tátil, tem como objetivo proteger de possíveis choques com objetos.



i Uso de animal – cão guia: o animal é preferencialmente labrador e treinado por profissionais.

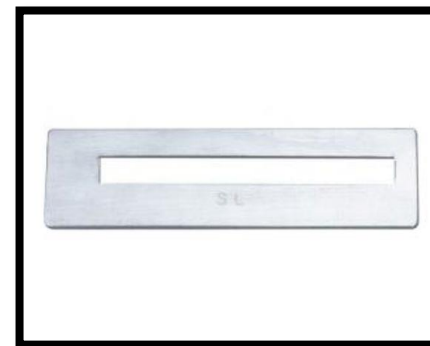


Instrumentos e tecnologias para facilitar o deficiente visual na vida acadêmica

Reglete e o pulsão: Material para escrita



Assinador





Programas para computador:





- BR Braille: Transcritor de texto em caracteres Braille para alfanuméricos em Português.
- Braille Creator: Criar texto em Braille no computador com vários recursos e é compatível com principais impressoras Braille.
- Dolphin: Esse software inclui um leitor de tela para cegos.
- Doxvox e Jaws: Leitor de tela
- Teclado falado: Digita com sintetizador de voz
- Openbook: Foi desenvolvido por cegos e é leitor de tela.

Programa para Celular

- CPqD Alcance: Usado no sistema Android, gerido pelo Ministério da Comunicação, tem como funções: realizar e receber ligação, nível de bateria, data e hora e contato telefônico.

Orientações

-  Ao falar com um deficiente visual não altere a voz, sua deficiência não é auditiva
-  Muitos usam os verbos olhar/ver, eles “enxergam” com as mãos.

-  Cegos não enxergam gestos e fisionomia, procure expor os sentimentos e emoções para um bom relacionamento.
-  Procure não limitar, além da sua deficiência, encoraje a novas experiências e habilidades, LEMBRANDO sem colocar em risco.
-  Ao encontrar um cego, refira-se a ele, sempre buscando saber suas necessidades.
-  Ao entrar ou sair de um local com pessoa cega, anuncie a presença e identifique-se.

Ao guiar um cego, deixe-o segurar seu braço, o seu movimento o orienta, em passagens estreitas tome a frente e deixe segui-lo com a mão em seu ombro.

Visão subnormal

É definida como alteração da capacidade funcional da visão decorrente de inúmeros fatores isolados ou associados, tais como: baixa acuidade visual, alterações corticais e/ou de sensibilidade ao contraste que interferem ou limitam o desempenho funcional do indivíduo. Especificamente considera-se baixa visão aquela em que a acuidade visual fica entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica, ou ainda em que os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores, conforme especificações do Decreto nº 5.296, de 2004. É importante ressaltar que a forma como a pessoa lida com a deficiência visual e o contexto ambiental que insere também interferem na funcionalidade.

PRINCIPAIS CAUSAS	
Retinopatia (diabética e da prematuridade)	Glaucoma
Catarata	Retinose pigmentar
Retinoblastoma	Atrofia óptica
Alterações neurológicas	Entre outras

PRINCIPAIS DIFICULDADES, FUNÇÕES E POSSÍVEIS ADAPTAÇÕES

Uma das maiores dificuldades das pessoas diagnosticadas com baixa visão é justamente o reconhecimento destas como tal, visto que maioria das pessoas, como por exemplo em salas de aula, conceituam alterações visuais apenas em indivíduos que enxergam ou não, sendo a visão subnormal ignorada, surgindo dessa forma as dificuldades de socialização. É importante enfatizar que cada indivíduo possui especificidades que demandam estratégias adequadas, de geral há pessoas que necessitam do aumento de contraste, de ampliação dos materiais, aumento ou controle da iluminação para uma boa resolução visual.

A adaptação dos recursos ópticos e/ou dos materiais, como por exemplo lupas, representações em alto relevo, livros em braile, escrita utilizando notebooks, entre outros.



Bengala para auxílio na mobilidade.



Guia para escrita ampliada.



Utilização de lupas.



Programas de computador.


É função do apoiador intermediar as relações com os alunos e o professor, inclusive solicitar os materiais para adaptação e auxílio para locomoção; está atento aos possíveis obstáculos para locomoção dentro e fora da sala de aula; solicitar os materiais para adaptação; auxiliar na locomoção; facilitar a inserção do aluno a ambientes comuns a todos dentro do campus. Para um bom relacionamento com o aluno verbalizar expressões faciais e desejos facilitam o processo. A utilização dessas adaptações e um bom relacionamento respeitando as dificuldades, mas valorizando as potencialidades dos indivíduos promovem não a inclusão escolar como também cidadania.

Dislexia

O termo dislexia refere-se a dificuldades na leitura, ou dificuldades na linguagem. É considerada como uma desordem específica de aprendizagem com procedência neurobiológica do sistema nervoso central. Caracteriza-se por dificuldade no reconhecimento correto e fluente na leitura e escrita das palavras. Estes problemas são resultados de um déficit fonológico, são inesperados com relação a idade, a outras capacidades cognitivas e educativas. Pode-se surgir dificuldades no entendimento da leitura, como também a redução da mesma da leitura impedindo o desenvolvimento do vocabulário. (TELES, 2004).

A dificuldade principal da dislexia está relacionada ao fonológico, pois é responsável por interligar as estruturas sonoras subjacentes às palavras. Tem a origem durante o desenvolvimento do cérebro, com a presença de más formações corticais e subcorticais originadas no período embrionário (CAPELLINI).

O déficit fonológico presente na dislexia interfere na aprendizagem da correspondência letra-som, necessária para a aquisição da leitura. Os disléxicos apresentam dificuldades na percepção dos fonemas necessários para organizar as representações ortográficas de um sistema de escrita com base alfabética. (SERRA,2008).

 Estudantes com dislexia podem apresentar as seguintes características:

Incapacidade de aprender e recordar palavras visionadas; Escrita reflexo; Dificuldade em soletrar; Dificuldade em selecionar palavras adequadas para comunicar a nível oral e escrito; Dificuldade em escrever; Inversão de letras e palavras; Dificuldade em guardar e recuperar nomes de palavras escritas; Memória visual pobre, quando estão em causa símbolos linguísticos; Dificuldades de processamento auditivo; Dificuldade em aplicar o que foi lido a situações sociais ou de aprendizagem; · Confusão entre vogais ou substituição de uma consoante; pouca destreza manual.

ALGUNS EXEMPLOS - Escrita incorreta, com trocas, omissões, junções e aglutinações de fonemas;	
Confusão entre letras de formas vizinhas	Moite ao invés de noite; Espuerda por esquerda;
Confusão entre letras foneticamente semelhantes	Tinda por tinta; Popre por pobre; Gomida por comida;
Omissão de letras e/ou sílabas	Entrando por encontrando; Giado por guiado e a grafia das consoantes BNDT para representar o nome Benedito;
Adição de letras e/ou sílabas	Muimto por muito; Fiaque por fique; Aprendendo por aprendendo;
União de uma ou mais palavras e/ou divisão inadequada de vocábulos	Eraumaves um omem; por Era uma vez um homem; A mi versario por aniversário;

CONTEXTO UNIVERSITÁRIO E DIFICULDADES

As maiores dificuldades das pessoas diagnosticadas com dislexia são nas partes pedagógicas, é necessário auxílio para realizar trabalhos, nos estudos, explicação de algum texto, correção, tudo que for necessário e pedido pelo aluno apoiado. Lembrando que o papel do aluno apoiador é auxiliar nas demandas pedidas dentro e fora da sala de aula, respeitando sempre as limitações e ajudando sempre que for pedido, acompanhar em todas aulas que o estudante estiver matriculado e demais atividades acadêmicas diretamente ligadas ao curso. O aluno apoiador deve oferecer ajuda pedagógica em horários extra sala, como um espaço de troca de informações sobre os conteúdos trabalhados nos momentos de aula.

Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

São Transtornos invasivos do desenvolvimento, definidos pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas : de **interação social** , **comunicação** e **comportamento restrito e repetitivo** (CID-10, classificado F84).

Indicadores comportamentais		Descrição
Motores	Movimentos estereotipados	<i>Flapping</i> de mãos, “espremer-se”, correr de um lado para o outro, entre outros movimentos.
	Ações atípicas repetitivas	Alinhar/empilhar brinquedos de forma rígida; observar objetos aproximando-se muitos deles; prestar atenção exagerada a certos detalhes de um brinquedo; demonstrar obsessão por determinados objetos em movimento (ventiladores, máquinas de lavar roupas etc.)
Sensoriais	Sensibilidade exagerada a determinados sons	Como os do liquidificador, do secador de cabelos..., reagindo a eles de forma exacerbada.
	Insistência visual em objetos	Luzes que piscam e/ou emitem barulhos, bem como nas partes que giram (ventiladores, máquinas etc.).
	Insistência tátil	Podem permanecer por muito tempo passando a mão sobre uma determinada textura.
Rotinas	Tendência a rotinas ritualizadas e rígidas	
	Dificuldade importante na modificação da alimentação	Por exemplo, só bebem algo se utilizarem sempre o mesmo copo; Para se alimentarem, exigem que os alimentos estejam dispostos no prato sempre da mesma forma.
Fala	Ecolalia imediata	Repetição de palavras que acabaram de ouvir
	Ecolalia tardia	Emitem falas ou vinhetas que ouviram na televisão sem sentido contextual
	A perda de habilidade de falar	
Aspecto emocional	Expressividade emocional menos frequente e mais limitada	

Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), 2014.

Entres os Transtornos do Espectro do Autismo podemos destacar a “**Síndrome de Asperger**”, marcada por apresentar levada habilidade cognitiva (pelo menos Q.I. normal, às vezes indo até às faixas mais altas) e por funções de linguagem normais, se comparadas a outras desordens ao longo do espectro. As pessoas com essa síndrome mostram interesse obsessivo numa determinada área como a matemática, aspectos de ciência, leitura ou algum aspecto de história ou geografia, querendo aprender tudo quanto for possível sobre o assunto e tendendo a insistir nisso em conversas e jogos livres, o que torna essas pessoas fascinantes e únicas, marcadas pelo conhecimento de uma área de “interesse especial”. (Teixeira, 2005).

Contexto Universitário e Dificuldades

Em geral, presentes na universidade são aqueles que estão na parte menos comprometida do espectro, eles costumam ficar isoladas, são classificadas muitas das vezes como antissociais, muito tímidas, ingênuas, metódicas e até “frescos”, já que são mais sensíveis a barulhos, luzes e até os toques; buscam relacionamento interpessoal, mas é difícil serem compreendidos, tanto pela sua inocência como pelos interesses restritos que têm. Apresentam dificuldades de planejamento e convivência, não conseguem cumprir metas e exigências, nem mesmo executar tarefas necessárias para cumpri-las, dificultando a evolução acadêmica.

Deficiência Intelectual

i **Causas de deficiência intelectual no período pré-natal:** Os fatores de risco e causas pré-natais apresentam incidência de 55% a 75%. Esses fatores incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto.

PERÍODO PRÉ-NATAL	BIOMÉDICOS	SOCIAIS	COMPORTAMENTAIS	EDUCACIONAIS
	Desordens cromossômicas	Pobreza	Uso de Drogas pelos pais	Prejuízo Cognitivo dos pais
	Desordens genéticas	Desnutrição Materna	Uso de álcool pelos pais	Falta de Preparação para paternidade/maternidade
	Síndromes	Violência Doméstica	Fumo	
	Desordens Motoras	Falta de Cuidados Pré-natais	Imaturidade Parenteral	
	Disgenesia Cerebral			

	Idade Parenteral			
--	------------------	--	--	--

i **Causas de deficiência intelectual no período perinatal:** Os fatores de risco e causas perinatais apresentam incidência de 10%. São os fatores que incidirão do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê.

PERÍODO PRÉ-NATAL	BIOMÉDICOS	SOCIAIS	COMPORTAMENTAIS	EDUCACIONAIS
	Prematuridade	Falta de acesso aos cuidados do parto	Rejeição dos pais ao cuidado da criança	Falta de encaminhamento para intervenção após a alta hospitalar
	Lesão no Nascimento		Abandono da criança pelos pais	
	Desordens Neonatais			

i **Causas de deficiência intelectual no período pós-natal:** Os fatores de risco e causas pós-natais apresentam incidência de 5%.

São aqueles que incidirão do 30º dia de vida até o final da adolescência.

PERÍODO PRÉ-NATAL	BIOMÉDICOS	SOCIAIS	COMPORTAMENTAIS	EDUCACIONAIS
	Lesão Cerebral Traumática	Pobreza Familiar	Abuso e Negligência da Criança	Prejuízo Cognitivo dos pais
	Desnutrição	Cuidado Incapacitado da Criança	Violência Doméstica	Diagnostico Retardado
	Meningite Encefálica	Falta de Estimulação Adequada	Medidas de Segurança Inadequadas	Serviços de Intervenção Precoce Inadequados
	Desordens Convulsivas	Doença Crônica na Família	Privação Social	Serviços Educacionais Inadequados
	Desordens degenerativas	Institucionalização	Comportamentos Infantis Dífíceis	Apoio Familiar Inadequado

i Quais são os Impactos na Vida e Cotidiano do Sujeito?

- Dificuldade na Aprendizagem;
- Exclusão;
- Convívio Social/ Relações Interpessoais;
- Relacionamento com a Família;
- Outros.



i Quais as Possíveis Formas de Auxílio que Podem ser ofertadas pelo Aluno Apoiador?

- Acompanhamento nas aulas e demais atividades acadêmicas, visando o acesso, participação e aprendizagem do estudante apoiado;
- Ofertar suporte pedagógico em horários de estudo extra sala;
- Auxiliar na autonomia do sujeito, a partir das potencialidades do mesmo.
- Utilizar ferramentas e criar estratégias para auxiliar o aluno na aprendizagem do conteúdo. Ex.: Jogos, computador, internet, cartazes, etc.
- Adotar procedimentos pedagógicos visando a descoberta do aluno nas situações problemas.
- Utilizar o interesse que o aluno apresenta por determinados assuntos, temas, e formas de realizar as atividades. Assim é possível planejar adequadamente as estratégias para o auxílio da aprendizagem.

Deficiência auditiva (total)



É considerada como a diferença existente entre o desempenho do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora. O estudante é considerado com deficiência auditiva quando possui perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz, de acordo com o que prevê o Decreto nº 5.296, de 2004 (BRASIL, 1999).

i TIPOS DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- **Condutiva:**

Quando ocorre qualquer interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até a orelha interna. A grande maioria das deficiências auditivas condutivas pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico.

- **Neurosensorial:**

Quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da orelha interna ou do nervo auditivo. Este tipo de deficiência auditiva é irreversível.

- **Mista:**

Quando há uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associada à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo. O audiograma mostra geralmente limiares de condução óssea abaixo dos níveis normais, embora com comprometimento menos intenso do que nos limiares de condução aérea.

- **Central ou Surdez Central:**

Este tipo de deficiência auditiva não é, necessariamente, acompanhado de diminuição da sensibilidade auditiva, mas manifesta-se por diferentes graus de dificuldade na compreensão das informações sonoras. Decorre de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora no tronco cerebral (Sistema Nervoso Central).

i COMUNICAÇÃO



Uma das estratégias mais utilizadas na comunicação da pessoa surda é aplicação da Língua Brasileira de Sinais (Libras), fundamentada pela Lei Federal nº. 10.436, de 24 de abril de 2002 e regulamentada pelo Decreto 5.626, de 22 de dezembro de 2005.

i ALGUNS RECURSOS DA TECNOLOGIA ASSISTIVA NA DEFICIÊNCIA AUDITIVA



O que é Tecnologia Assistiva?

Entende-se por Tecnologia Assistiva todo o arsenal de **Recursos** e **Serviços** que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência, com objetivo de promover **independência, qualidade de vida e inclusão**.

- Implante Coclear



O implante coclear é usado em pessoas com perda auditiva grave para profunda ou aqueles que apresentam pouco ou nenhum benefício a partir de aparelhos auditivos. Tal implante fornece impulsos elétricos para estimulação das fibras neurais remanescentes em diferentes regiões da cóclea, possibilitando ao usuário a capacidade de perceber o som.

- Telefones para deficientes auditivos (com amplificadores, sinalizadores e com legenda):



- Aplicativos para Dispositivo Móvel (Android, iOS):



Vlibras



ProDeaf

Tais aplicativos visam ajudar na comunicação e na disseminação e padronização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

i APOIO AOS ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- Acompanhar às aulas e demais atividades acadêmicas, atuando como mediador das relações entre o estudante, o professor e demais integrantes da turma, promovendo sua comunicação, participação e interação;
- Apoiar o estudante em uma disciplina do semestre letivo em curso;
- Estar presente em todas as aulas e atividades extras agendadas pelo professor da disciplina;
- Gravar e transcrever todo o conteúdo relativo à disciplina para o estudante com deficiência auditiva, entregando as transcrições em até 2 (dois) dias após a aula ocorrida, em material impresso ou por e-mail.

Deficiência auditiva parcial

Segunda Classificação Internacional de Doenças, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH2), tem por definição a deficiência como uma manifestação corporal ou como a perda de uma estrutura ou função do corpo, a atividade como à execução propriamente dita de uma atividade do indivíduo e não a sua aptidão em realizá-la, e a participação como sendo a interação entre o indivíduo e o ambiente (SCHIRMER, et al. 2007)

De acordo com o Decreto nº 5.296, de 2004 a deficiência auditiva, hipoacusia ou surdez é caracterizada quando ocorre a incapacidade parcial ou total da audição em compreender a fala por intermédio do ouvido, podendo ser de nascença ou causada posteriormente por doenças. Quando se trata da perda parcial das possibilidades auditivas, esta pode variar em graus e níveis. Surdez leve/ moderada: Perda auditiva de até 70 decibéis, que dificulta, mas não impede o indivíduo de se expressar oralmente, bem como de perceber a voz humana, com ou sem a utilização de um aparelho auditivo; Surdez severa / profunda: perda auditiva acima de 70 decibéis, que impede o indivíduo de entender, com ou sem aparelho auditivo, a voz humana, bem como de adquirir, naturalmente o código da língua oral. Fazendo com que a maioria dos surdos optem pela língua de sinais (LIBRAS).

A perda auditiva pode ser classificada em sensorineural, condutiva ou mista; uni ou bilateral; simétrica ou assimétrica; sindrômica ou não-sindrômica; congênita, peri ou pós-natal; genética ou não-genética; pré-lingual, perilingual ou pós-lingual. Podendo ainda ser parcial ou total, definitiva ou temporária. Dentre as causas mais comuns estão, a rolha de cera, uma lesão na membrana timpânica, infecções e inflamações no aparelho auditivo, lesão nos ossículos do aparelho auditivo, perdas neurossensoriais na cóclea ou no nervo auditivo, e até tumores no percurso do nervo ou até mesmo no cérebro. É importante ressaltar que o tratamento vai variar de acordo com a causa, os mais comuns são o implante de próteses, ou a utilização de aparelho auditivos internos, ou externos. (CECATTO, 2003)

Dentro os direitos de uma pessoa com deficiência, está o direito a educação, onde lhe são assegurados um 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. (Art. 27 Estatuto da Pessoa com Deficiência).

i Tecnologias Assistivas e Estratégias de acessibilidade

Os equipamentos que podem ser usados para auxiliar a comunicação e inclusão mais comuns são, o aparelho auditivo; o celular com mensagens escritas e chamadas por vibração, o aplicativo que traduz em língua de sinais mensagens de texto, voz e texto fotografado, sistema de legendas (close-caption/subtitles) e demais.



Aparelho auditivo; celular com mensagens escritas e chamadas por vibração, aplicativo que traduz em língua de sinais mensagens de texto, voz e texto fotografado.

i Estudante com deficiência auditiva parcial

Dentro os direitos de uma pessoa com deficiência, está o direito a educação, onde lhe são assegurados um 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. (Art. 27 Estatuto da Pessoa com Deficiência)


De acordo com o Decreto nº 5.296, de 2004, considera-se estudante com deficiência auditiva os que possuem perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

A Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 reconhece a Língua Brasileira de Sinais - Libras como meio legal de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil. Então, é importante ressaltar que, mesmo que a deficiência auditiva parcial não impeça a pessoa fazer uso da linguagem oral pra se comunicar, esta é pode optar por linguagem de sinais , caso lhe seja mais conveniente.

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

É um transtorno neurobiológico, de origem genética. Suas primeiras características, as quais são desatenção, inquietude e impulsividade, surgem na infância, e geralmente acompanham o indivíduo por toda vida. De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Ed. 2013), o TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Geralmente as pessoas do sexo feminino tendem a apresentar apenas desatenção, classificada como Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA).

Não há um consenso científico sobre as reais causas, o mesmo pode ser genético ou adquirido através de fatores ambientais. De acordo com pesquisas, a prevalência do TDAH em filhos e familiares de pessoas com TDAH é bem maior em relação a pessoas sem o transtorno. Os fatores ambientais que podem ser ligados ao TDAH são o baixo peso ao nascer, substâncias ingeridas durante a gestação, exposição a chumbo, infecções, problemas familiares, entre outros.

 O TDAH pode ser classificado em três subtipos:

Classificação	
Apresentação Combinada	Se os critérios de desatenção, hiperatividade e impulsividade são preenchidos nos últimos seis meses.
Predominantemente Desatento	Quando apenas os critérios de desatenção são preenchidos nos últimos seis meses.
Predominantemente hiperativo-impulsivo	Quando apenas os critérios de hiperatividade e impulsividade são preenchidos nos últimos seis meses.

Para que o indivíduo seja classificado em qualquer um desses subtipos é necessário que, nas crianças seis ou mais sintomas sejam apresentados, enquanto nos adultos e adolescentes maiores de 17 anos até cinco sintomas estejam presentes. Há também uma variação de intensidade, podendo ser leve, moderada ou grave.

Sintomas	
Desatenção:	Hiperatividade e impulsividade:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Não prestar atenção em detalhes e comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho entre outras; ○ Não escutar quando lhe dirigem a palavra; ○ Não seguir instruções e não terminar atividades; ○ Ter dificuldade para organizar tarefas e atividades; ○ Evitar, não gostar ou relutar em se envolver em atividades que exijam esforço mental prolongado; ○ Perder objetos necessários às tarefas ou atividades; ○ Ser facilmente distraído por estímulos externo; ○ Ser esquecido em relação as atividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Remexer ou batucar mãos e pés, ou se contorcer na cadeira; ○ Levantar da cadeira em situações nas quais se espera que permaneça sentado; ○ Correr ou subir nos objetos, em situações inapropriadas, ou em adolescentes e adultos, ter sensações de inquietude; ○ Ser incapaz de se envolver em atividades de lazer calmamente; ○ Não conseguir ou se sentir desconfortável em ficar parado por muito tempo; ○ Falar demais; ○ Não conseguir aguardar sua vez de falar; ○ Ter dificuldade de esperar sua vez; ○ Interromper ou adentrar em conversas e atividades, tentar assumir o controle do que os outros estão fazendo ou usar objetos de outros sem permissão.

TDAH na Vida Acadêmica

Quando o transtorno não é identificado ou tratado pode causar diversas consequências na vida do indivíduo, seja ele criança, adolescente ou adulto, pois quando não existe diagnóstico há a probabilidade da pessoa ser rotulada como preguiçosa, desinteressada, malcriada, entre outros, quando na verdade ela apresenta um comportamento biologicamente determinado. Muitas vezes é necessário um acompanhamento psicopedagógico e reforço escolar. Uma intervenção escolar facilita o convívio com os colegas e busca impedir o desinteresse pela escola.

Como o aluno apoiador pode ajudar?

- Oferecer um apoio pedagógico em horário extra sala, reforçando os conteúdos trabalhados em sala de aula.
- Demonstrar compreensão sobre o comportamento e o desempenho acadêmico do estudante;
- Apoiar na relação aluno-professor, e intermediar como o mesmo poderá colaborar no desempenho do aluno;
- Buscar conscientizar e orientar o aluno apoiado sobre o melhor local em que o mesmo deve sentar na sala de aula, que será aquele em que menos lhe será tirada a atenção;
- Incentivar a destacar as partes mais importantes de uma tarefa, texto ou prova, evitando que passe sem perceber;
- Ajudar o aluno apoiado a organizar suas atividades, seja elaborando tabelas com as tarefas semanais ou colocando lembretes para que não sejam esquecidas.
- Buscar ajuda-lo da melhor maneira possível, de acordo com suas necessidades.

Referências

BIOSOM - Tecnologia Assistiva para alunos com deficiência auditiva. Acesso em: 16/02/2016. Disponível em: <https://biosom.com.br/blog/tecnologia/tecnologia-assistiva-para-alunos-com-deficiencia-auditiva/>

BRASIL. Decreto n 3298 de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 de dezembro de 1999.

BRASIL. Decreto Nº 5.626, de 22 de Dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de Abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm Acesso em: fev, 2016.

BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência, com base na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2009. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432201.pdf> Acesso em: fev, 2016.

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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm Acesso em: fev, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) – Brasília, 2014.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva . – Brasília: CORDE, 2009. 138 p. Disponível em: < <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>> acesso em: 17/02/2016.

CAIANA, T.L.; POLIA, A.A. Deficiência auditiva total: Orientações para Docentes no Ensino Superior. Comitê de Ética e Inclusão-CIA, UFPB, João Pessoa - .PB, 2015. Acesso em: 12/02/2016. Disponível em: <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/deficiencia-auditiva-total-orientacoes-aos-docentes.pdf/view>

CAMARGOS, Jr., WALTER et al. Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3o Milênio. Brasília: CORDE, 2005.

CECATTO, S. B., et al. Análise das principais etiologias de deficiência auditiva em Escola Especial “Anne Sullivan” V. 69, n.2, Rev Bras Otorrinolaringol. p.235-40, mar./abr. 2003.

DOMINGUES DE JESUS, L.M. O uso da tecnologia assistiva no ensino de ciências para alunos com encefalopatia crônica não progressiva. Medianeira, 2014.

DUARTE, M.P. et al. ORIENTAÇÕES SOBRE AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: ESTRATÉGIAS DE INCLUSÃO. COMITÊ DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE. UFPB, 2015. Disponível em: < <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/orientacoes-sobre-pessoas-com-deficiencia-fisica-material-didatico.pdf/view>> acesso em: 17/02/2016.

FALCONI, E.R.M; SILVA, N.A.S. Estratégias de Trabalho para Alunos com Deficiência Intelectual. [S. I. : s. n.], 2002. Acesso em: 15/02/2016. Disponível em: <https://especialdeadantina.files.wordpress.com/2014/05/estrategias-de-trabalho-para-alunos-com-di.pdf>.

GIANNI, M.A. Paralisia Cerebral. In: Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo, 2003.

MACHADO, A. C. et al. Deficiência Intelectual: Realidade e Ação. Secretaria de Educação. Núcleo de Apoio Pedagógico Especializado-CAPE; organização, Maria Amélia de Almeida. São Paulo-SP, 2012.

Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar. Guia de orientação a professores. São Paulo, 2014.

MASSI; G. de A. Dislexia ou processo de aquisição da escrita?. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 2004.

PEREIRA, P.S. **Deficiência Intelectual no Ensino Superior**. Comitê de Ética e Inclusão-CIA, UFPB, João Pessoa.PB,2015. Acesso em: 14/02/2016. Disponível em: <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/deficiencia-intelectual-no-ensino-superior.pdf/view>

RIBEIRO, L. B. Disfunção visual. In. CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 12, p. 399-413.

SERRA, H. NEE dos alunos disléxicos e/ou sobredotados.Saber (e) Educar.N.º 13 (2008), p. 137-147.

SERRA, H.; ESTRELA, M. F. Dislexia e perturbações associadas: Memória e Atenção .Cadernos de Estudo. N.º 5 (2007), p.93-115.

SARTORETTO, M.L.; BERSCH, R. Assistiva – Tecnologia e Educação. Acesso em: 17/02/2016. Disponível em: <http://www.assistiva.com.br/tassistiva.html>

SCHMIDT, A.; ANGONESE, L.S. O Adulto com Deficiência Intelectual: Concepção de Deficiência e Trajetória Escolar. IX Congresso Nacional de Educação-EDUCERE; III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Paraná-PR,2009. Acesso em: 13/02/2016. Disponível: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3025_1690.pdf

SCHWARTZMAN, J.S. Paralisia Cerebral. In: Temas sobre Desenvolvimento. São Paulo, v.3, n.13, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Comitê de Inclusão e Acessibilidade-CIA. Edital 02/2016 - Programa de Apoio ao Estudante com Deficiência. João Pessoa-PB, 2015.