

UFRJ | Centro De Letras e Artes (CLA)
Escola De Belas Artes (EBA)
Departamento de Comunicação Visual | BAV



**“Necessidades especiais, distúrbios
de aprendizagem e seus sinais”**

Projeto gráfico para campanha de conscientização

Christina Aparecida de Lélis Pereira da Silva
(DRE 115089913)

ORIENTADORA: Fernanda de Abreu Cardoso
COORIENTADORA: Tamires Ferreira Borges da Silva

Rio de Janeiro - 2020

RESUMO

O projeto “Necessidades especiais, distúrbios de aprendizagem e seus sinais” – Projeto gráfico para campanha de conscientização visa trazer informações para professores da Educação Infantil e Fundamental I da Rede Municipal do Rio de Janeiro sobre tipos de necessidades especiais e distúrbios de aprendizagem que facilmente podem passar despercebidos na rotina escolar, mas que podem trazer grandes prejuízos ao aprendizado e desenvolvimento dos alunos caso não recebam o devido acompanhamento. Para a divulgação de tais informações foi desenvolvido um projeto gráfico que contará com um folder, contendo ilustrações vetoriais e textos, nas versões impressa e digital, e desdobramento para as redes sociais com conteúdo mais sucinto. As peças contêm exemplos de comportamentos que possibilitarão aos docentes identificar a possível presença de alunos com tais características em suas classes, o que lhes permitirá, por meio de diálogo com os responsáveis e a direção de sua escola, encaminhar tais alunos a profissionais que possam diagnosticá-los.

Palavras-chave: necessidades especiais, distúrbios de aprendizagem, projeto gráfico.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	4
2 – CRIANÇAS ESPECIAIS E AS ESCOLAS COMUNS.....	6
3 – NECESSIDADES ESPECIAIS.....	9
3.1 – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	9
3.2 – DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI)	11
4 – DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM	15
4.1 – DISLEXIA	16
4.2 – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH).....	18
5 – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO GRÁFICO	20
5.1 – FOLDER.....	20
5.1.2 – FOLDER IMPRESSO.....	20
5.1.3 – FOLDER VERSÃO MOBILE.....	21
5.2 – REDES SOCIAIS.....	22
5.3 – REFERÊNCIAS DE ILUSTRAÇÃO	24
5.4 – PALETA DE CORES.....	25

5.5 – PERSONAGENS.....	25
5.6 – TIPOGRAFIA	26
6 – O PROJETO	28
6.1 – FOLDER.....	28
6.1.2 – FOLDER IMPRESSO.....	28
6.1.3 – FOLDER VERSÃO MOBILE.....	29
6.2 – REDES SOCIAIS.....	32
6.2.1 – FACEBOOK / INSTAGRAM	32
6.2.2 – TWITTER	34
7 – CONCLUSÃO	37
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 – INTRODUÇÃO

O trabalho, “Necessidades especiais, distúrbios de aprendizagem e seus sinais” – Projeto gráfico para campanha de conscientização, foi idealizado com base no fato de existirem necessidades especiais e distúrbios de aprendizagem que nem sempre são facilmente identificados nos primeiros anos de vida de uma criança, mas que, em contrapartida, quanto mais cedo diagnosticados melhores são as possibilidades de desenvolvimento do indivíduo devido a possibilidade de um acompanhamento precoce.

O projeto contou com orientação da professora Fernanda de Abreu Cardoso e coorientação de Tamires Ferreira Borges da Silva, que foi professora de sala de recursos multifuncionais da Escola Municipal Leonardo Da Vinci de fevereiro a dezembro de 2019, hoje sendo a coordenadora pedagógica desta mesma escola.

A coorientação foi importante para o desenvolvimento do projeto por trazer a visão de um profissional da área de pedagogia com vivência na área de educação especial, assim evitando a ocorrência de equívocos em ações, terminologias e conceitos.

A inspiração para este projeto veio de conversas e reflexões com meu esposo sobre suas experiências em seu trabalho como Agente de Apoio à Educação Especial (AAEE) na Rede Municipal do Rio Janeiro, onde ele enxerga a diferença no desenvolvimento acadêmico e vivência escolar entre as crianças que são diagnosticadas precocemente e as que são diagnosticadas de forma tardia, além daquelas que possivelmente apresentam alguma deficiência ou distúrbio, mas não são diagnosticadas por dificuldade de aceitação dos responsáveis quanto a tal possibilidade. Tais reflexões me levaram a perceber que poderia buscar minimizar tal problema através deste projeto.

Segundo a Declaração de Salamanca¹ “Toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem”, porém uma criança com características pessoais que prejudiquem sua aprendizagem e até mesmo seu convívio no ambiente escolar, não tendo sido tais características devidamente identificadas, não terá acesso a este direito básico.

Buscando amenizar tal problema, irei desenvolver neste projeto um folder direcionado a professores da Rede Municipal de ensino do Rio de Janeiro, visando elucidar o que são tais particularidades e sinais que possam indicar a possibilidade de que seus alunos a possuam, permitindo assim que estes, através do diálogo com os pais e a direção escolar, possam encaminhar o alunos para profissionais capacitados a lhes prestar devido diagnóstico. Além disso irei realizar o desdobramento de forma sucinta para as redes sociais, onde o público é diversificado.

Este projeto será desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, e irá abordar o Transtorno do Espectro Autista (TEA), Deficiência Intelectual (DI), Dislexia e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

¹ Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DecSalPrinPolPraEdEsp.html>> Acesso em: 21 de agosto de 2019

2 – CRIANÇAS ESPECIAIS E AS ESCOLAS COMUNS

Ao contrário do que muitos pensam, o termo inclusão não diz respeito somente a indivíduos com necessidades especiais, mas sim ao objetivo de que a sociedade como um todo seja igualitária no que tange a educação, a acessibilidade, o convívio e em todos os seus direitos básicos, através do esforço, não apenas do poder público, mas também de cada um. Sobre isto Freire (2008: 05) diz:

A inclusão é um movimento educacional, mas também social e político que vem defender o direito de todos os indivíduos participarem, de uma forma consciente e responsável, na sociedade de que fazem parte, e de serem aceites e respeitados naquilo que os diferencia dos outros.

Segundo Santos e Teles (2012), no que diz respeito a educação inclusiva, as políticas educacionais devem buscar a garantia de uma educação de qualidade para todos, sem nenhum tipo de discriminação, respeitando o princípio da igualdade e de direitos entre as pessoas. Porém este nem sempre foi um dos objetivos da educação brasileira.

No passado a possibilidade da inclusão de pessoas com deficiências psicossociais, assim como de cegos e surdos, nas escolas comuns ainda era algo muito distante, sendo estes isolados em escolas específicas para suas necessidades quando não educados de forma ainda muito experimental em asilos e manicômios. Como explicam Santos e Teles (2012: 79):

(...) desde o século XVI a história da educação no Brasil vem sendo feita. Pedagogos e profissionais da saúde já trabalhavam acreditando na possibilidade de educar os indivíduos considerados incapazes e ineducáveis. Mas neste momento histórico os cuidados eram de cunho meramente assistencialista e eram desenvolvidos em asilos e manicômios. Quando se deu início ao pensar em uma educação diferenciada o tratamento de doentes mentais eram feitos dentro de clínicas psiquiátricas e os institutos tiravam e isolavam surdos e cegos de convívio com

as outras pessoas fazendo assim uma exclusão social desses indivíduos que não precisavam de um isolamento.

Os conceitos de psicopedagogia foram responsáveis pela criação das escolas e classes especiais, retirando assim os alunos com deficiências psicossociais dos asilos e manicômios aos quais estavam restritos anteriormente. E sobre as pesquisas nesse campo, Santos e Teles (2012: 80) elucidam, “O seu trabalho se preocupava com o diagnóstico, levando em consideração as escalas métricas de inteligência em seu encaminhamento para o processo escolar em classes especiais.” Apesar do avanço conquistado com tais medidas, estas não deixam de ter colaborado com a segregação de pessoas com necessidades especiais no Brasil, o que só veio a apresentar significativas mudanças em 1994 quando aconteceu a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, que se tornou um marco na educação, não só no Brasil como no mundo, trazendo para a educação especial o conceito de educação especial inclusiva, adotada como metodologia ideal e humanamente correta desde então, como abordam Santos e Teles (2012: 80-81):

Como ponta pé inicial para uma nova visão de educação para pessoas com deficiência em 1994, foi promovida pelo governo da Espanha em parceria com a UNESCO, a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, que acabou resultando em um dos documentos mais importantes para a promoção da educação Inclusiva em todo o mundo foi intitulada a Declaração de Salamanca, que vai nortear caminhos e atitudes para se desenvolver uma educação de qualidade para todos os indivíduos.

No Brasil os princípios educacionais trazidos pela Declaração de Salamanca vieram a reforçar princípios já presentes na Constituição Federal, como argumenta Mantoan (2003: 22) “A Constituição, contudo, garante a educação para todos (...) e, para atingir o pleno desenvolvimento humano e o preparo para a cidadania, entende-se que essa educação não pode se realizar em ambientes segregados.” Apesar disso, desde 1994 até os dias de hoje, a criação de um sistema educacional plenamente inclusivo é uma busca não concluída, o que representa uma privação de direitos a muitos cidadãos. Sobre isto Mantoan (2003: 25) comenta:

Como em nossa Constituição consta que educação visa ao pleno desenvolvimento humano e ao seu preparo para o exercício da cidadania (art. 205), qualquer restrição ao acesso a um ambiente marcado pela diversidade, que reflita a sociedade como ela é, como forma efetiva de preparar a pessoa para a cidadania, seria uma “*diferenciação ou preferência*” que estaria limitando “*em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas*”.

A autora ainda esclarece que a escola comum é um ambiente no qual o convívio de alunos com e sem deficiência deve ser garantido, combatendo-se assim todo tipo de discriminação e garantindo-se o amplo desenvolvimento cognitivo, social, motor e afetivo de todos os alunos.

3 – NECESSIDADES ESPECIAIS

Considera-se pessoa com necessidades especiais ou deficiência, segundo o Art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da 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...”

Para uma pessoa com necessidades especiais ser diagnosticada tardiamente significa ter de enfrentar, sem as devidas ferramentas ou auxílios, muitas adversidades no que diz respeito a sua aprendizagem, relações sociais, e em muitos outros aspectos de sua vida, como mencionado na *Revista Gaúcha de Enfermagem* por Pinto et al. (2016: 05): “(...) o diagnóstico e tratamento precoce de disfunções pediátricas são essenciais para a evolução clínica da criança, pois a viabiliza em alcançar resultados positivos em nível físico, funcional, mental e social.”, porém existem necessidades especiais que não apresentam características físicas, e suas características comportamentais muitas vezes podem ser confundidas por familiares, docentes e demais pessoas do convívio da criança com manias, falta de atenção ou de interesse.

Neste projeto falaremos especificamente sobre o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e a Deficiência Intelectual (DI), elucidando suas particularidades.

3.1 – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Apesar de muito se falar sobre autismo hoje em dia, grande parte da população desconhece o que de fato é este transtorno. O *Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo* da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019: 01) define o autismo da seguinte forma:

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de

comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável. Trata-se de um transtorno pervasivo e permanente, não havendo cura (...)

O Transtorno do Espectro do Autismo pode ser classificado em três diferentes graus de severidade, como também é abordado na cartilha *Entendendo o Autismo* (2017: 05), “O autismo pode ser classificado em grau leve, moderado ou severo, dependendo do apoio necessário que a pessoa precisa para realizar as atividades do dia a dia.”, que também explica que o termo “espectro” é utilizado por se tratar de uma série de comportamentos que se apresentam de diferentes formas e graus em cada indivíduo.

O Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo também fala sobre os sinais do autismo, que na maioria dos casos, podem ser percebidos de forma consistente entre os 12 e 24 meses de idade, mas no caso da Síndrome de Asperger, que é o nome dado ao grau mais leve do autismo, os sinais não são tão evidentes, o que pode vir a provocar o diagnóstico tardio de alguns indivíduos. Como é melhor explicado no *Manual* (2019: 04):

Os pacientes com Síndrome de Asperger apresentam diagnóstico mais tardio, pois geralmente não há atraso de linguagem verbal e a cognição é preservada. O comprometimento da linguagem pode ser verificado através de um discurso de mesma entonação, empobrecido na linguagem não-verbal e no entendimento da linguagem de sentido figurado. Podem apresentar olhar nos olhos não sustentado, com tendência a desviar o olhar com frequência, face pouco expressiva, pouco interesse no outro, teoria da mente deficiente, interesses restritos, pouca socialização, dentre outros. Há também aqueles pacientes que apresentam habilidades supranormais que podem ser as mais variadas possíveis.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) ainda informa neste documento que o autismo pode ser diagnosticado de forma confiável até os 2 anos de idade, porém no

Brasil a média tem sido de 6 anos, no entanto o diagnóstico tardio pode trazer graves consequências no desenvolvimento da criança, dentre as quais são citadas maior morbidade e o uso não adequado da plasticidade neural na primeira infância. Dentre as causas para tal atraso estão a falha dos pais, profissionais de saúde e de educação em identificar adequadamente os sinais comportamentais apresentados. Ainda sobre o diagnóstico tardio Mello (2007: 29), alerta:

Muito provavelmente, existem casos não diagnosticados de crianças com Síndrome de Asperger frequentando escolas regulares que, devido a suas dificuldades e peculiaridades, são rotuladas como pedantes, sem limites, desorganizadas etc. (...) Por outro lado é bastante comum que um professor desavisado, ao receber um aluno com Síndrome de Asperger inicialmente o superestime em função de suas habilidades específicas e que à medida que as dificuldades deste aluno aparecem o professor tenda a rejeitá-lo.

3.2 – DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI)

A deficiência intelectual, antigamente conhecida como retardo mental, é uma necessidade especial sobre a qual a população não possui grande conhecimento, embora, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, cerca de 0,8% da população seja diagnosticada com tal deficiência. De acordo com a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) a deficiência intelectual pode ser definida como:

(...) limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que abrange muitas habilidades sociais e práticas cotidianas.

Então podemos concluir que esta deficiência compromete o aprendizado e o raciocínio, como também é explicado por Vasconcelos (2004), informando que o indivíduo possui o Quociente de Inteligência (QI) igual ou menor que 70, dificuldades

em relação a comunicação, autocuidados e rendimento escolar, entre outras complicações que trazem obstáculos para a vivência em sociedade.

Fazendo um paralelo entre Duarte (2018) e informações disponibilizadas pela FIOCRUZ, podemos dividir a deficiência intelectual em quatro diferentes graus de acordo com o nível de QI, destacando que este método possui críticas, já que a deficiência intelectual não é avaliada apenas pelo QI.

Tabela 1
Grau de deficiência intelectual e QI

Deficiência intelectual	QI	Idade mental correspondente
Leve	50-70	7-12 anos
Moderado	36-50	2-7 anos
Grave	20-35	0-2 anos
Profundo	Inferior a 20	0-2 anos

Fonte: FIOCRUZ.

Duarte (2018) ainda mostra que dentre as muitas das possíveis causas da deficiência intelectual, estão presentes fatores ambientais, genéticos, teratogênicos, pré-natais, perinatais e pós-natais, como por exemplo desnutrição intrauterina, malformações cerebrais, uso de álcool na gravidez, anóxia² perinatal e baixo nível socioeconômico.

O diagnóstico e o progresso das competências que o deficiente intelectual pode conquistar depende da atuação de uma equipe multidisciplinar junto a ele, fazendo um acompanhamento, o qual é extremamente necessário como citam Cerqueira, Alves e Aguiar (2016: 04-05):

O diagnóstico da deficiência intelectual de *per si* é um processo minucioso, pois envolve a compreensão de fatores genéticos, sociais e ambientais. Por isso, deve ser feito por profissionais de saúde que integrem uma equipe multidisciplinar; podendo

² Total privação de oxigênio no ar, no sangue ou nos tecidos.

ser realizado em consultórios, hospitais, centros de reabilitação e clínicas especializadas e por equipes interdisciplinares de instituições educacionais.

Para que a criança obtenha esse crescimento, o qual é lento, é fundamental o diagnóstico precoce como afirma Duarte (2018: 21):

O diagnóstico precoce da DI contribui para uma intervenção mais antecipada com identificação das habilidades, melhor aceitação da criança na comunidade e melhora da ansiedade dos pais.

Regina ainda fala a respeito da deficiência intelectual grave e leve, onde a primeira é descoberta em torno dos 3 anos de idade e a segunda é percebida tarde, quando a criança se encontra no início da vida escolar e começa a apresentar dificuldades. Além de comprometer o desenvolvimento acadêmico, o diagnóstico tardio pode acarretar outras consequências, segundo a autora (2018: 21):

(...) No caso de DI leve, o diagnóstico é mais tardio e permanece nos primeiros anos escolares, nos quais a criança não consegue acompanhar as demandas acadêmicas ou sociais típicas da idade; e, posteriormente, são observadas as limitações da criança conforme as demandas escolares oferecidas. (...) Não é tarefa fácil diferenciar DI leve com transtornos de aprendizagem e, geralmente, as queixas mais frequentes dos pais para o pediatra são atraso na fala, baixo rendimento escolar e alterações no comportamento. (...) As crianças com DI geralmente têm associações com outros quadros clínicos, como distúrbios visuais, auditivos, ortopédicos, comportamentais e emocionais. Alguns desses distúrbios são detectados mais tardiamente em crianças com DI, e se não forem tratados, esses déficits podem potencialmente afetar o desempenho do indivíduo, sendo algumas vezes mais graves que a própria deficiência intelectual. Os problemas mais frequentes que estão associados à DI são a deficiência motora, crises epiléticas, distúrbios de

comportamento e quadros emocionais. Quanto maior a gravidade da deficiência intelectual, maior o número e a gravidade de patologias associadas.

Cerqueira, Alves e Aguiar (2016) argumentam que uma das barreiras enfrentadas pela criança é a aceitação dos pais diante do diagnóstico, porque quando descobrem o que afeta o filho entram em choque e negação, porém além dela há a falta de informação pela família e as poucas informações prestadas por alguns profissionais de saúde.

4 – DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

Para entender o que é Distúrbio de Aprendizagem é importante atentar para o fato de que este se diferencia da Dificuldade de Aprendizagem, como explica Ciasca, informando que uma pessoa com tal dificuldade “(...) não aprende por ter um problema pedagógico, relacionado à falta de adaptação ao método de ensino, à escola, ou que tenha outros problemas de ordem acadêmica” (Apud PAULINO, PALHANO e SABINO, 2018: 03), já o Distúrbio de Aprendizagem, para ela, é definido como:

(...) uma função do sistema nervoso central, portanto, um problema neurológico relacionado a uma falha na aquisição, no processamento ou, ainda, no armazenamento da informação, envolvendo áreas e circuitos neuronais específicos, em determinado momento do desenvolvimento.

É importante destacar, que diferentemente das Necessidades Especiais, os Distúrbios da Aprendizagem trazem prejuízos ao indivíduo apenas nos campos da aprendizagem e processamento de informações, o que é explicado no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DMS-5* (2014: 32):

Um transtorno específico da aprendizagem, como o nome implica, é diagnosticado diante de déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. Esse transtorno do neurodesenvolvimento manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática.

A seguir falaremos sobre a Dislexia, esclarecendo suas características, para que fique claro e não ajam confusões com os outros termos como *Disgrafia* e *Discalculia*. Também trataremos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

4.1 – DISLEXIA

Apesar do nome Dislexia ser muito conhecido e falado, muitos consideram que este Distúrbio se trata apenas de uma dificuldade na leitura e escrita, mas Rodrigues e Ciasca (2016: 86) explicam que este transtorno vai muito além disto:

Dislexia é um transtorno específico de aprendizagem que acomete em torno de 3% a 5% dos escolares. Dificuldade na aquisição e fluência da leitura e escrita, desenvolvimento cognitivo dentro dos padrões de normalidade, déficit no processamento fonológico e baixo desempenho em algumas habilidades cognitivas são as principais características encontradas nesse transtorno.

Devido a Dislexia não apresentar características comportamentais muito evidentes o diagnóstico deste Distúrbio se mostra difícil e muitas vezes tardio, como aborda Araújo (2011: 11):

Geralmente as crianças disléxicas não apresentam nenhum sinal de deficiência aparente. O que, torna mais difícil para todo o corpo docente aceitar que pode estar diante de uma criança com Transtorno de Dislexia, bem como a forma de investigar, como entender melhor o transtorno, quando solicitar a ajuda das equipes multidisciplinar para tentar fechar um diagnóstico e promover atendimento de forma coerente e justa aos alunos com esse transtorno.

Os prejuízos causados pelo diagnóstico tardio de tal transtorno podem ir muito além da aprendizagem, havendo grandes possibilidades de impactar o emocional do indivíduo, devido às dificuldades em sua vida acadêmica e os rótulos que ele possa a vir receber das pessoas ao seu redor. Este assunto também é elucidado por Araújo (2011: 49):

Observa-se, também, que o diagnóstico tardio causa sofrimento; perda de autoestima, uma vez que as crianças

disléticas não compreendem porque razão é que têm tanta dificuldade em ler e; implica em uma série de fatores, dentre eles rotular a criança com Dislexia como desinteressada e preguiçosa, resultante da desinformação da família e da falta de formação de professores.

Pelos motivos apresentados é fundamental o diagnosticar precocemente a Dislexia, o que requer atenção as suas características que podem ser variadas. Assunto que é abordado por Rodrigues e Ciasca (2016: 86):

A identificação precoce e o adequado processo interventivo são essenciais para minimizar os efeitos negativos da dislexia. Para tanto, há necessidade de conhecimento sobre a diversidade encontrada no transtorno, bem como capacidade de adequar a intervenção à dificuldade da criança.

Alguns sinais de alerta são apresentados pelas crianças com Dislexia, dentre os quais o Instituto de Apoio à Criança (2011) destaca atraso na aquisição da linguagem, dificuldade de pronúncia, dificuldade em memorizar letras de músicas, lentidão na aprendizagem de letras e sílabas, excesso de erros e lentidão na leitura, dificuldade na compreensão de textos escritos, excesso de erros ortográficos, não revela qualquer prazer pela leitura, se distrai com facilidade, entre outros.

A Dislexia é um dos mais comuns e estudados Distúrbios de Aprendizagem, mas a outros Distúrbios que precisam ser mencionados por poderem se assemelhar de certo modo, porém possuem características distintas, dentre os quais podemos destacar: a *Disgrafia* e a *Discalculia*.

Segundo a Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (APPDAE), postura incorreta, inclinação, dificuldade motora, letras desligadas ou sobrepostas e ilegíveis são alguns dos fatores perceptíveis na *Disgrafia*.

Na *Discalculia* o transtorno se mostra presente em situações que envolvam números, como citado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DMS-5* (2014: 67):

(...) padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informações numéricas, aprendizagem de fatos aritméticos e realização de cálculos precisos ou fluentes.

4.2 – TRANSTORNO DE DÉFICT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

Esse transtorno é confundido de forma corriqueira e habitual pelos pais e professores, assim distinguindo a criança como desafiadora, bagunceira, falante e difícil de seguir regras, como descrito pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DMS-5*: “Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta.”

Ainda segundo esse *Manual* (2014: 32), o TDAH pode ser definido como:

(...) transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. (...) O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.

O DMS-5 também destaca que este transtorno possui subtipos, com predominância de hiperatividade/impulsividade e o com predominância de desatenção.

O não diagnóstico ou o diagnóstico tardio do TDAH pode acarretar em uma série de novos problemas, não somente na infância e adolescência como também na fase adulta como explica Dumas (2011: 256):

(...) o funcionamento adaptativo de muitos indivíduos com TDAH durante a infância ou adolescência continua comprometido na idade adulta (...) mesmo que, em circunstâncias favoráveis, muitos consigam compensar suas dificuldades mediante escolhas pessoais e profissionais que lhes permitam evitar as situações em que seus sintomas se manifestam com mais frequência. Em geral, os dados disponíveis indicam que, embora essas pessoas não preencham mais os critérios do TDAH, elas têm um risco mais elevado de apresentar outras psicopatologias – em particular um transtorno da personalidade antissocial, um transtorno depressivo maior ou uma toxicomania.

Quanto ao diagnóstico precoce, ainda na infância, Pereira et al. (2012) ressaltam a importância dele, por nesta fase ser possível intervir com tratamentos buscando-se resultados a longo prazo, visando minimizar os males de tal transtorno na vida do indivíduo.

5 – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO GRÁFICO

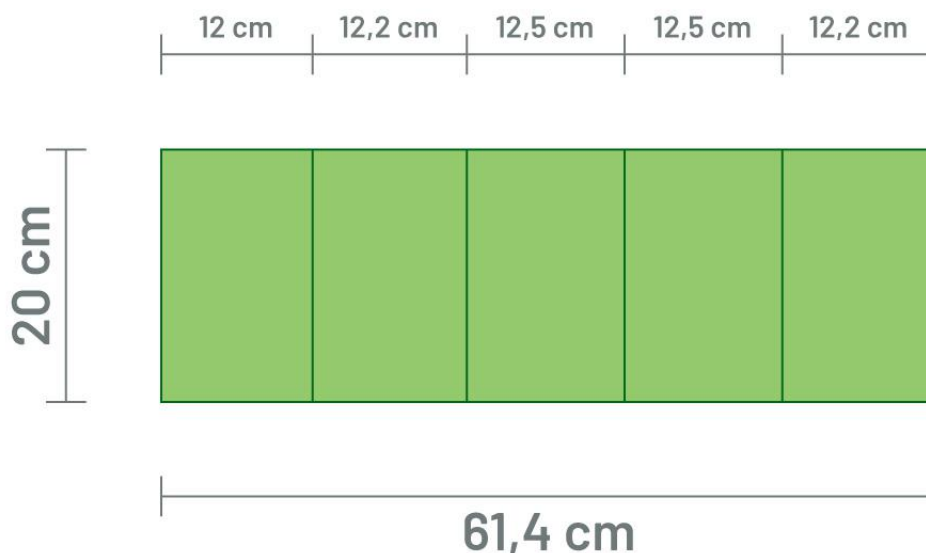
5.1 – FOLDER

5.1.2 – FOLDER IMPRESSO

O público-alvo do projeto são docentes da Rede Municipal de ensino do Rio. O formato escolhido para a peça é vertical, porém com uma largura e margens espaçadas, diferentemente do usual, para comportar as ilustrações e o texto, o qual optei por um tamanho considerável para que a leitura seja mais confortável, sabendo que este público, em grande parte, pode sofrer de fadiga visual devido a sua rotina.

Para impressão em larga escala e levando em conta o aproveitamento de papel, o formato escolhido para o folder foi 12,5 cm x 20 cm (formato fechado) e o papel escolhido foi Couché Fosco 115g, nas medidas 64cm x 88cm. No processo de impressão, cada folha comporta 4 folders, praticamente não havendo desperdício de papel no projeto.

FORMATO ABERTO



A peça possui dois tipos de dobras, que são: dobra simples em primeiro plano (para abertura da apresentação) e dobra enrolada em segundo plano (para o restante do conteúdo da peça).

GRID

O folder possui 3 colunas, as quais sofrem um pequeno ajuste em cada face por causa da dobra, porém as margens e medianiz permanecem iguais.



MARGENS:

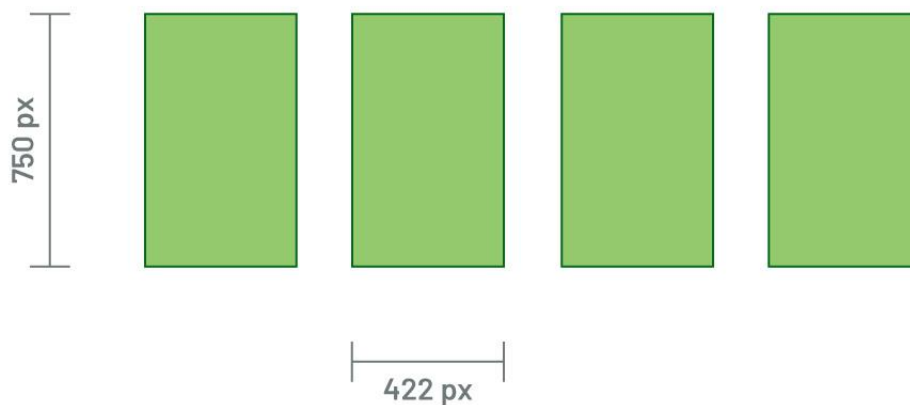
Interna e Externa 1,7 cm
Superior e Inferior 1,7 cm

MEDIANIZ:

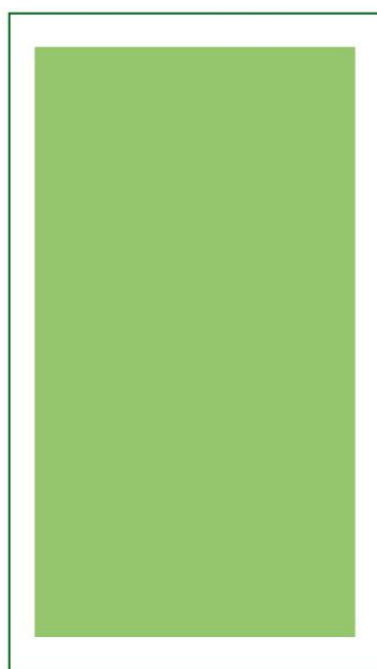
4,0 cm

5.1.3 – FOLDER VERSÃO MOBILE

A versão digital no formato 422 px por 750 px, também se destina aos docentes, sendo uma segunda alternativa de acesso ao material para aqueles que estão mais adaptados com o uso de novas tecnologias.



GRID



MARGENS:

Lado Esquerdo 29 px

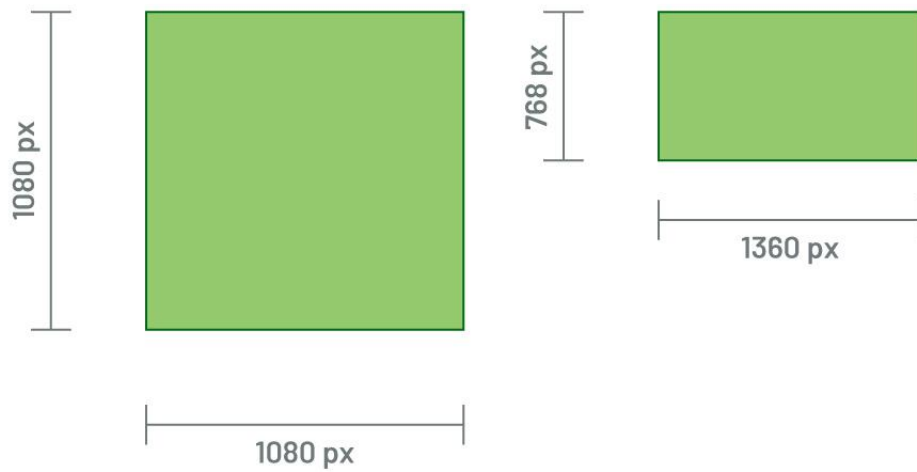
Superior 38 px

Lado Direito 29 px

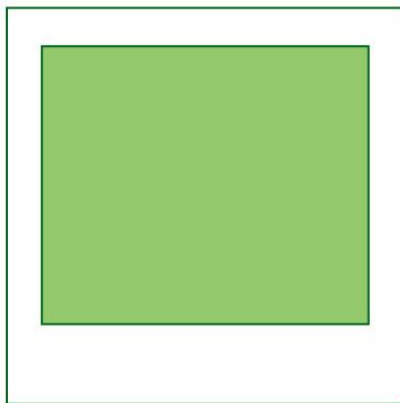
Inferior 42 px

5.2 – REDES SOCIAIS

Essas peças se destinam ao público em geral, por esse motivo as informações são apresentadas de forma mais sucinta. As peças possuem formato quadrado para Facebook/Instagram e retangular para Twitter.



GRID



MARGENS:

Lado Esquerdo 95 px
 Superior 104 px
 Lado Direito 95 px
 Inferior 218 px



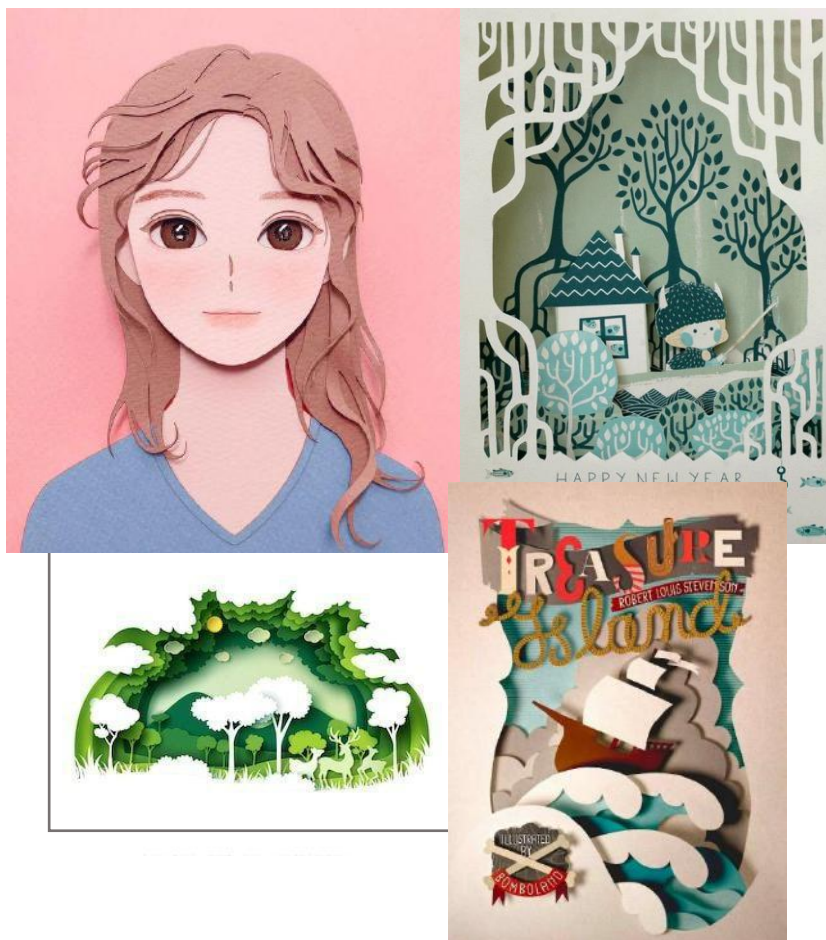
MARGENS:

Lado Esquerdo e Direito 55 px
 Superior 57 px
 Lado Direito 55 px
 Inferior 53 px

5.3 – REFERÊNCIAS DE ILUSTRAÇÃO



Fonte: Coala - [Not Just Paper Boutique](#); Moana - [Nathanna Érica](#); Desastre Olímpico - [Eiko Ojala](#); Tartaruga - [wisanu_nuu](#); Casal - [kengmerry](#); Childrens Festival - [Studio Bomboland](#).

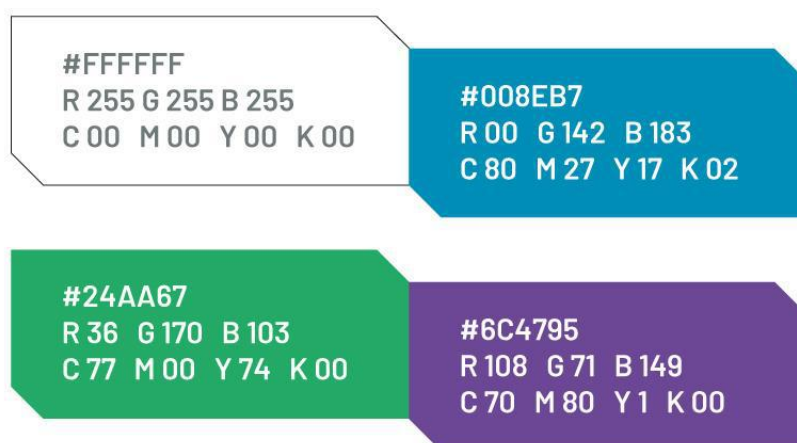


Fonte:
Garota - [songjin9931](#);
Happy New Year - [Rozenn Bothuon](#);
Natureza - [manasthep65](#);
Treasure Island - [Studio Bomboland](#).

Para trabalhar o estilo gráfico na peça e nas ilustrações optei pela técnica Paper Cutout (recorte de papel) na forma digital, gerando, através da sobreposição de camadas, a impressão de volume. Essa escolha foi feita com o intuito de fazer referência aos trabalhos manuais com recortes e papéis coloridos tão presentes nos primeiros anos da educação.

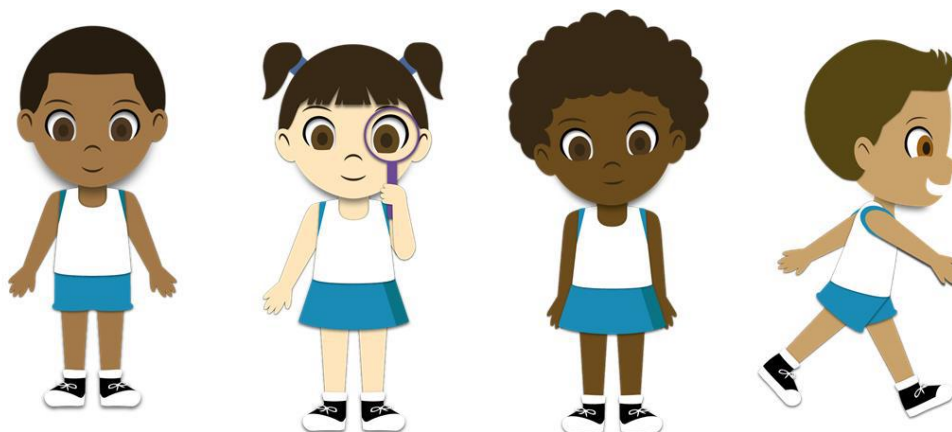
5.4 – PALETA DE CORES

O tema abordado necessitava de cores que passassem seriedade, porém também precisava que essas mesmas cores fossem alegres como o imaginário infantil. O propósito do material é tratar o assunto com naturalidade e de forma convidativa.



5.5 – PERSONAGENS

Os personagens foram criados usando a técnica Paper Cutout (recorte de papel) na forma digital e cada um deles representa uma das necessidades especiais e distúrbios de aprendizagem abordados no projeto.



5.6 – TIPOGRAFIA

A família tipográfica Barlow, presente nos títulos e corpo do texto, foi escolhida em função da economia de espaço, a qual era necessária para comportar o conteúdo e as ilustrações. Os pesos usados nas peças foram Barlow Condensed SemiBold, Barlow SemiBold, Barlow Regular e Barlow Bold.

A tipografia é do tipo grotasca e possui vértice e traços terminais levemente arredondados. Ela também possui elevada altura x e entreletra ampla, o que proporciona grande legibilidade e conforto visual.



LEGENDA: Vértice ■ Entreletra ■

Na capa foi utilizada a tipografia Balsamiq Sans, a qual remete a primeira infância, onde a caligrafia das crianças apresenta irregularidades no traçado devido a sua coordenação motora em desenvolvimento.

Capa

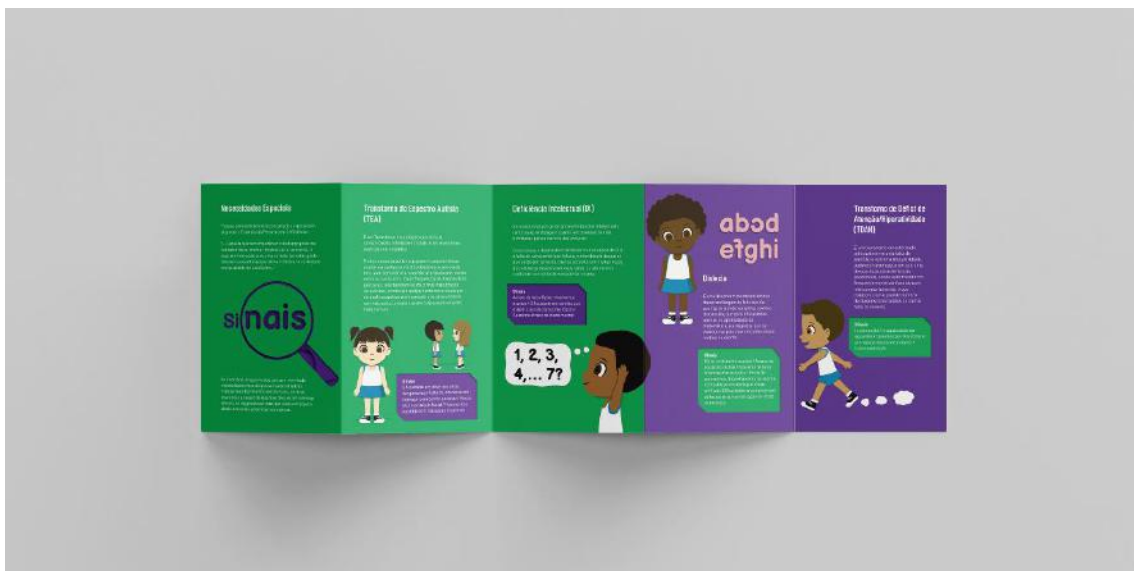
6 – O PROJETO

6.1 – FOLDER

6.1.2 – FOLDER IMPRESSO



Folder aberto – frente.

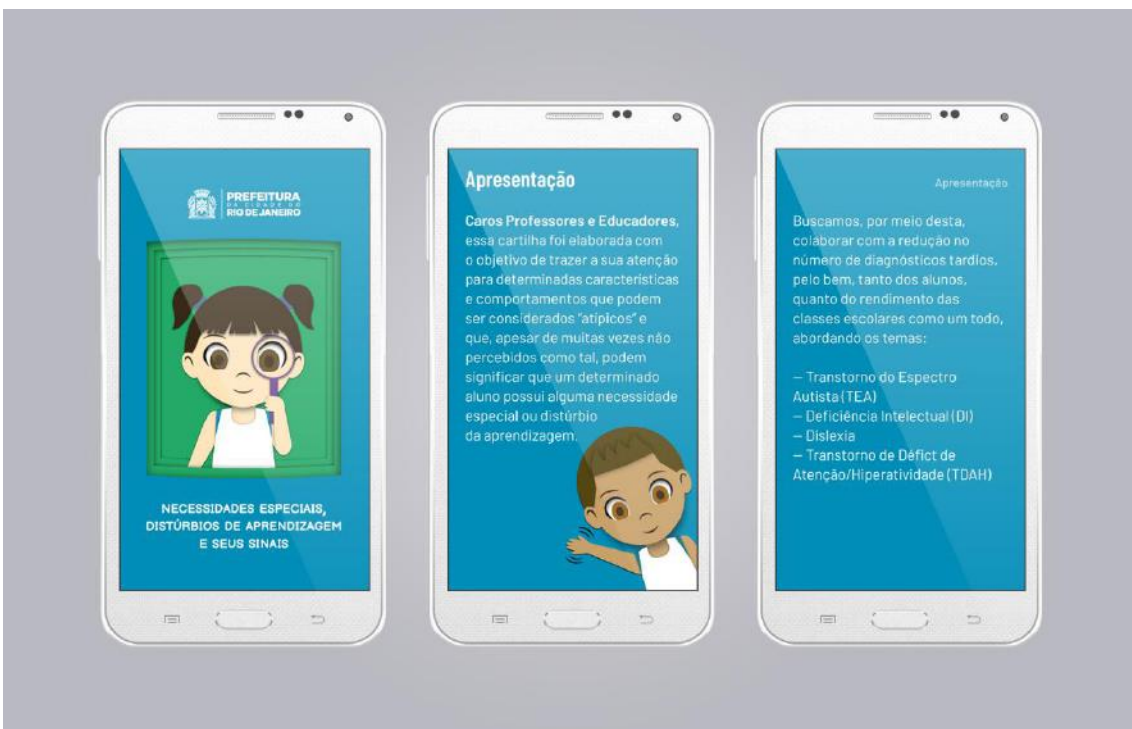


Folder aberto – verso.



Folder dobrado – dobra simples em primeiro plano (para abertura da apresentação) e dobra enrolada em segundo plano (para o restante do conteúdo da peça).

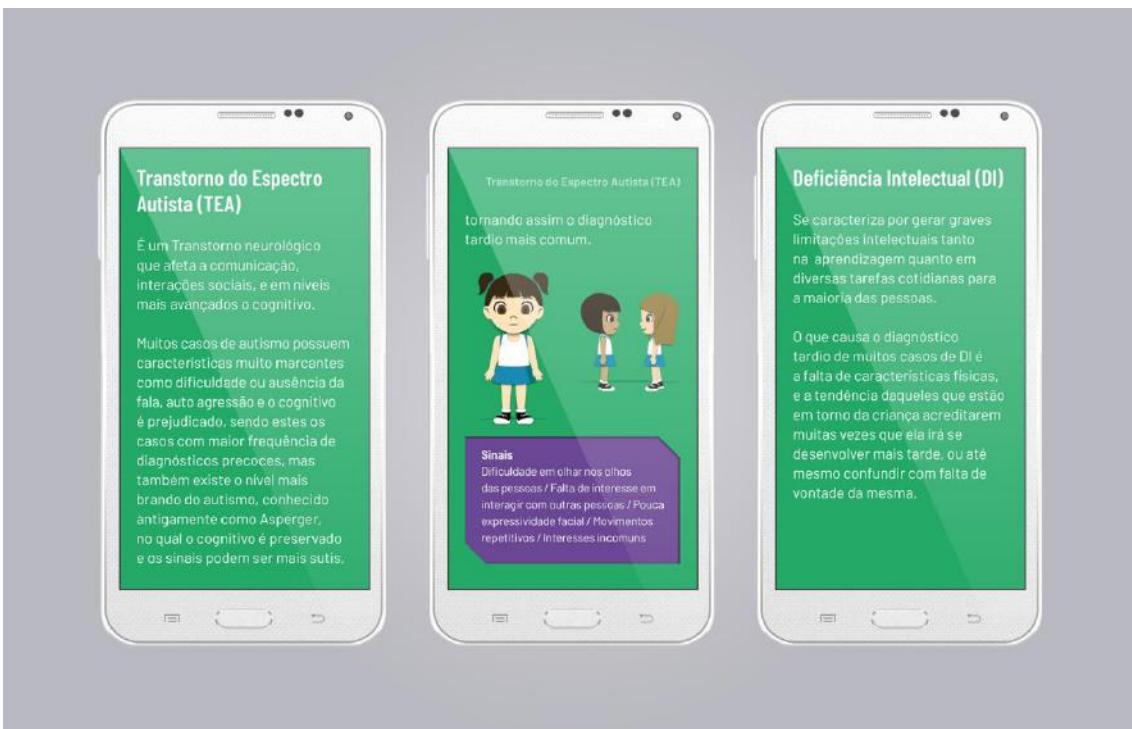
6.1.3 – FOLDER VERSÃO MOBILE



Simulação das telas 1,2 e 3 do pdf em celular.



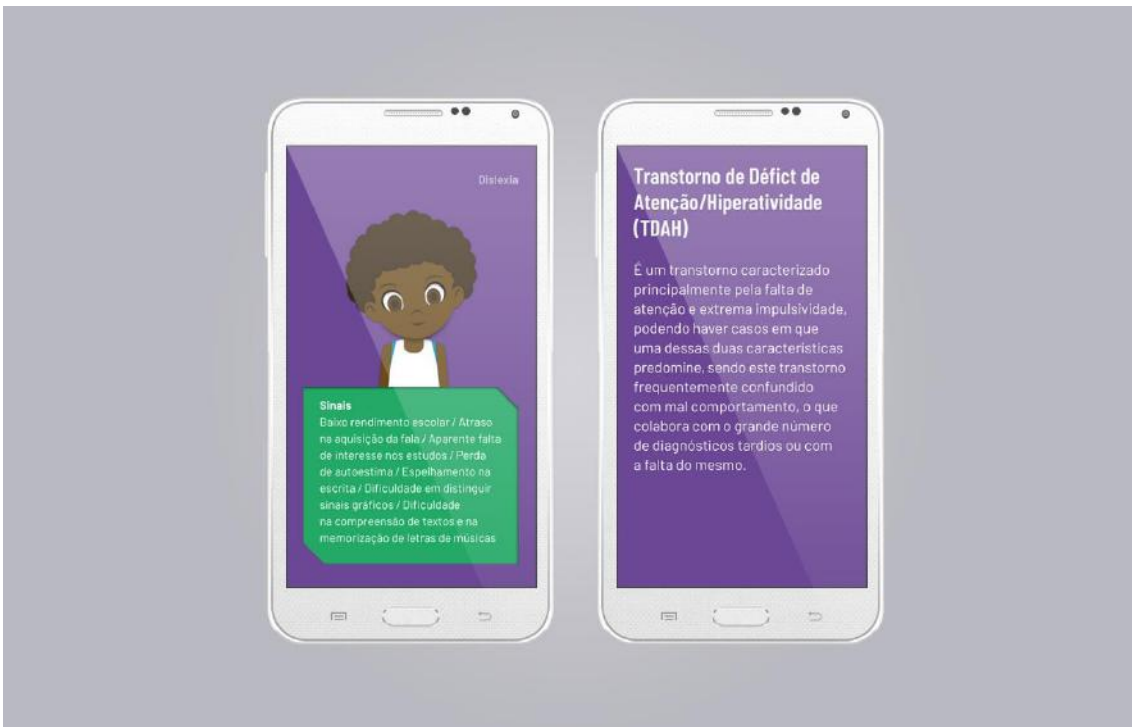
Simulação das telas 4,5 e 6 do pdf em celular.



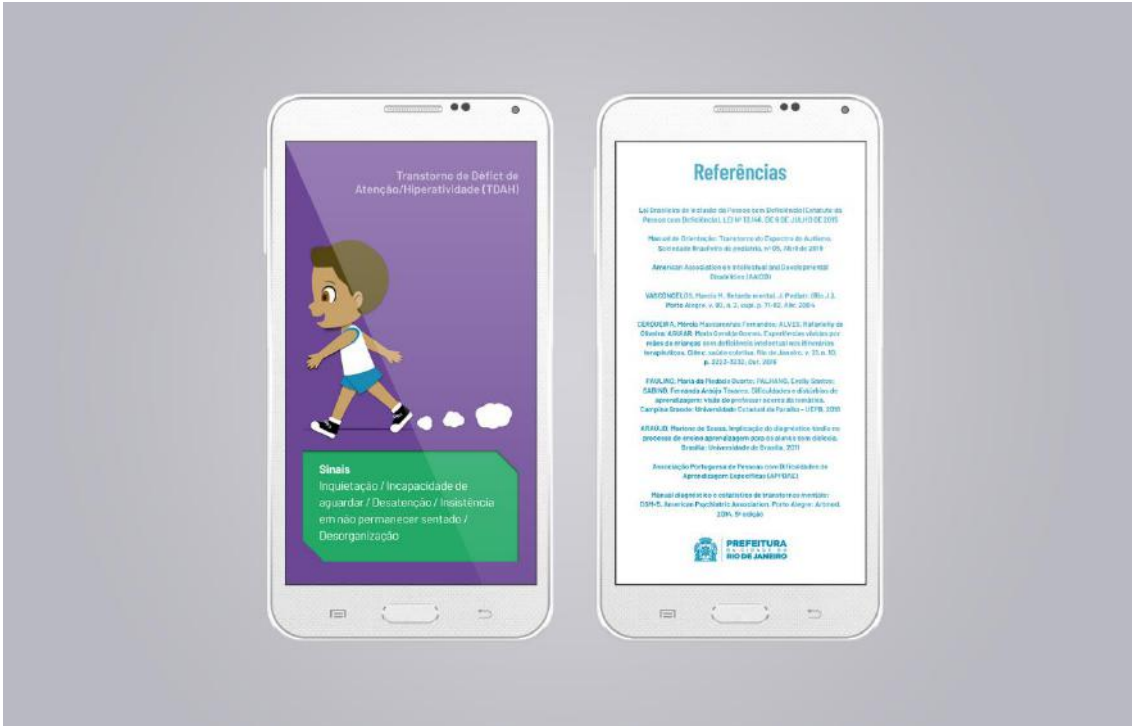
Simulação das telas 7,8 e 9 do pdf em celular.



Simulação das telas 10,11 e 12 do pdf em celular.



Simulação das telas 13 e 14 do pdf em celular.



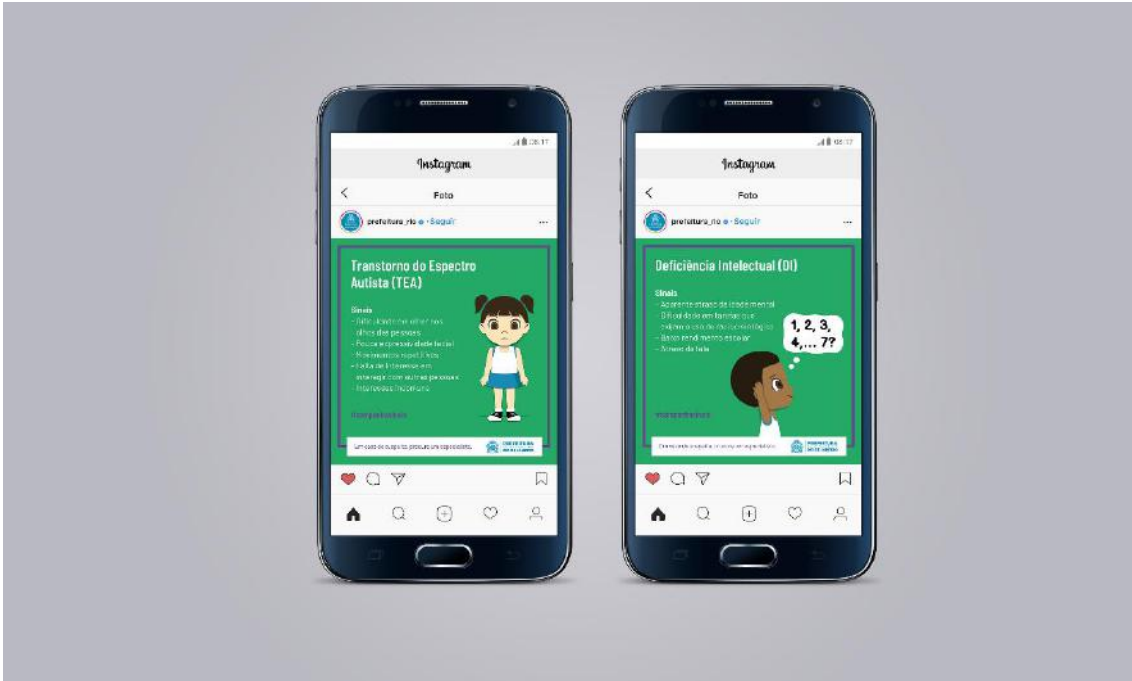
Simulação das telas 15 e 16 do pdf em celular.

6.2 – REDES SOCIAIS

6.2.1 – FACEBOOK / INSTAGRAM



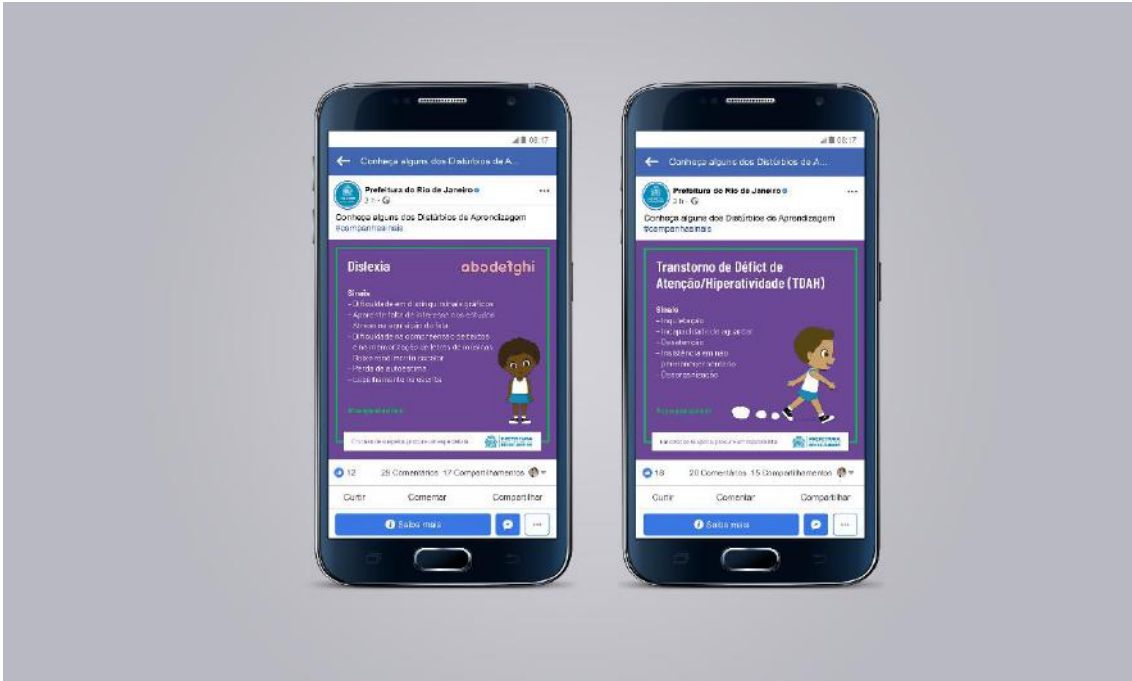
Posts para Facebook / Instagram.



Simulação de posts para Instagram em celular.



Posts para Facebook / Instagram.



Simulação de posts para Facebook em celular.

6.2.2 – TWITTER



Post para Twitter.

Deficiência Intelectual (DI)

Sinais

- Aparente atraso da idade mental
- Dificuldade em tarefas que exijam o uso do raciocínio lógico
- Baixo rendimento escolar
- Atraso da fala

1, 2, 3,
4,... 7?

Em caso de suspeita,
procure um especialista.

#campanhasinais

PREFEITURA
MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Post para Twitter.

Dislexia **abodeŕghi**

Sinais

- Dificuldade em distinguir sinais gráficos
- Aparente falta de interesse nos estudos
- Atraso na aquisição da fala
- Dificuldade na compreensão de textos e na memorização de letras de músicas
- Baixo rendimento escolar
- Espelhamento na escrita

Em caso de suspeita,
procure um especialista.

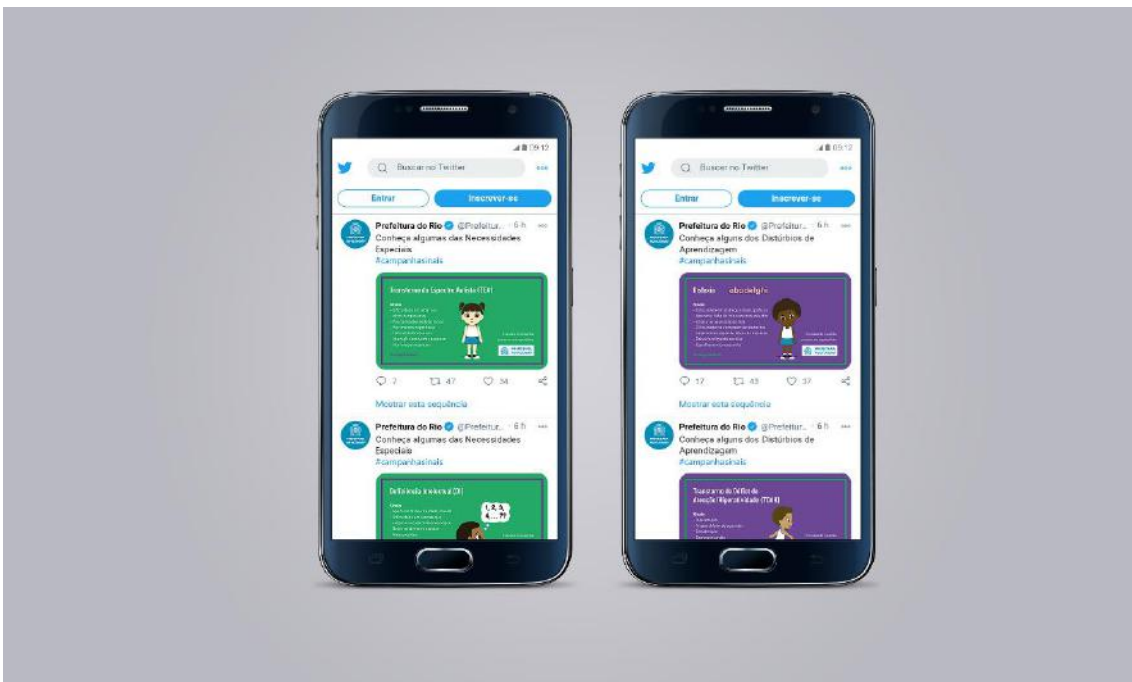
#campanhasinais

PREFEITURA
MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Post para Twitter.



Post para Twitter.



Simulação de posts para Twitter em celular.

7 – CONCLUSÃO

Por mais que exista tratados e leis sobre educação inclusiva a mais de duas décadas, ainda há muito o que progredir para que o direito a educação igualitária seja garantido a todos.

O projeto aqui realizado busca, através da informação, minimizar as ocorrências de diagnósticos tardios de deficiências e distúrbios, tendo em vista que identificar as necessidades de cada indivíduo é o primeiro e mais importante passo para garantir que estes tenham pleno acesso à educação.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Mariene de Sousa. **Implicação do diagnóstico tardio no processo de ensino aprendizagem para os alunos com dislexia**. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

CERQUEIRA, Mércia Mascarenhas Fernandes; ALVES, Rafanielly de Oliveira; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. **Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3223-3232, Out. 2016.

DUARTE RCB. **Deficiência intelectual na criança**. Resid Pediatr. 2018;8(0 Supl.1):17-25

DUMAS, Jean E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 3ª edição.

FREIRE, Sofia. **Um Olhar Sobre a Inclusão**. Loulé: Instituto Superior D. Afonso III – INUAF, 2008.

MANTOAN, Maria-Teresa-Eglér. **INCLUSÃO ESCOLAR: O que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003. 1ª edição.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. **Autismo: guia prático**. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007. 7ª edição.

PAULINO, Maria da Piedade Duarte; PALHANO, Evely Santos; SABINO, Fernanda Araújo Tavares. **Dificuldades e distúrbios de aprendizagem: visão do professor acerca da temática**. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2018.

PEREIRA APP, LEÓN CBR, DIAS NM, SEABRA AG. **Avaliação de crianças pré-escolares: relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade.** Rev. Psicopedagogia 2012;29(90):279-289

PINTO RNM, TORQUATO IMB, COLLET N, REICHERT APS, SOUZA NETO VL, SARAIVA AM. **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares.** Rev. Gaúcha Enferm. 2016 set;37(3):e61572.

RODRIGUES, Sônia das Dores; CIASCA, Sylvia Maria. **Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção.** Rev. Psicopedag., São Paulo, v. 33, n. 100, p. 86-97, 2016.

SANTOS, Alex Reis dos e TELES, Margarida Maria. **Declaração de Salamanca e Educação Inclusiva.** Disponível em:

<<http://geces.com.br/simposio/anais/anais-2012/Anais-077-087.pdf>> Acesso em: 09 de setembro de 2019.

VASCONCELOS, Marcio M. **Retardo mental.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 71-82, Abr. 2004.

OUTRAS REFERÊNCIAS

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Disponível em: <<https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (APPDAE). Disponível em:

<http://www.appdae.net/documentos/informativos/infocedi_dislexia.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2019.

Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil. Disponível em: <[https://www2.camara.leg.br/atividade-](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da-saude)

[legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da-saude](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da-saude)> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Prática em Educação Especial. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DecSalPrinPolPraEdEsp.html>> Acesso em: 21 de agosto de 2019.

Deficiência Mental. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-mental.htm>> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

Entendendo o Autismo, 2017. Disponível em:

<<https://www.iag.usp.br/~eder/autismo/Cartilha-Autismo-final.pdf>> Acesso em: 15 de outubro de 2019.

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> Acesso em: 22 de setembro de 2019.

Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo. Sociedade Brasileira de pediatria, nº 05, Abril de 2019. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf> Acesso em: 22 de setembro de 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. *American Psychiatric Association.* Porto Alegre: Artmed, 2014. 5ª edição.