

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALCIMAR DE MELO ROSA**

**ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE  
APRENDIZAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PONTAL,  
ZONA RURAL DE PONTE NOVA**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2017**

**ALCIMAR DE MELO ROSA**

**ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE  
APRENDIZAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PONTAL,  
ZONA RURAL DE PONTE NOVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Virgiane Barbosa de Lima

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2017**

**ALCIMAR DE MELO ROSA**

**ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE  
APRENDIZAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PONTAL,  
ZONA RURAL DE PONTE NOVA**

Banca examinadora

Profa. Virgiane Barbosa de Lima – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 30/11/2017

## DEDICATÓRIA

À todas as crianças que, com singeleza e coragem, são convidadas a desbravar o imenso campo da aprendizagem.

À elas que são meu material de trabalho, meu sincero esforço e eterna admiração.

À Instituição FONOHOSP que me possibilitou aquisição dos conhecimentos da neuropsicopedagogia, instrumentando-me para o trabalho de diagnóstico e reabilitação aos pacientes com dificuldades de aprendizagem.

“Todo indivíduo tem direito a educação. [...]”

Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU) 1948.

## RESUMO

A Equipe de Saúde da Família Pontal, em Ponte Nova - Minas Gerais é responsável por 1500 pessoas cadastradas. A equipe vem prestando atendimento para crianças em idade escolar e procura os serviços da equipe apresentando queixas relacionadas à dificuldade de aprendizagem. Este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção voltada para o acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na ESF Pontal localizada no município de Ponte Nova - Minas Gerais. Para fundamentar o plano realizou-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na SciELO, e Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, com os descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Aprendizagem. O plano de ação foi proposto após a realização da análise situacional e pelo levantamento dos principais problemas de saúde existentes na área de abrangência. Foram então, planejadas ações em saúde, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional e com as informações coletadas nos registros da equipe, consulta médica e durante as visitas domiciliares. O método da Estimativa Rápida Participativa proporcionou conhecer as condições de vida da população do território da equipe Pontal, suas características e ambiente onde vive a população e a maneira como se distribui na área de abrangência. Os nós críticos identificados foram: dificuldade e atraso no diagnóstico, no acompanhamento e intervenção nas crianças que apresentam dificuldade de aprendizagem; ausência de estruturas escolares preparadas para lidar com crianças com necessidades de aprendizagem diversas às das demais crianças; contexto socioeconômico em que essas crianças se encontram inseridas: escolas com turmas compartilhadas, em zona rural, com famílias com nível cultural reduzido e renda familiar limitada. O sucesso desta intervenção necessita da participação de toda a equipe e do aumento de orientações sobre o problema, hábitos da criança e assistência médica conjunta que irão contribuir com a melhoria do serviço prestado, visando a melhoria da qualidade de vida das crianças com dificuldade de aprendizagem.

**Palavras Chave:** Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Aprendizagem.

## ABSTRACT

The Pontal Family Health Team in Ponte Nova - Minas Gerais is responsible for 1500 registered people. The team has been providing care for school-aged children and is looking for the services of the team presenting complaints related to learning difficulties. This work aims to elaborate a proposal for intervention aimed at the monitoring of children with learning difficulties in the Pontal ESF located in the municipality of Ponte Nova - Minas Gerais. To support the plan, a bibliographic research was carried out in the Virtual Health Library, SciELO, and Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, with the descriptors: Family Health Strategy. Primary Health Care. Child Health. Learning. The action plan was proposed after conducting the situational analysis and by surveying the main health problems in the area of coverage. Health actions were then planned, using the Strategic Situational Planning method and with the information collected in the team records, medical consultation and during home visits. The method of Participatory Rapid Estimation provided information on the living conditions of the population of the Pontal team's territory, its characteristics and the environment where the population lives and the way it is distributed in the area covered. The critical nodes identified were: difficulty and delay in diagnosis, follow-up and intervention in children with learning disabilities; absence of school structures prepared to deal with children with learning needs different from those of other children; socioeconomic context in which these children are inserted: schools with shared classes, in rural areas, with families with reduced cultural level and limited family income. The success of this intervention requires the participation of all the staff and the increase of guidelines on the problem, the child's habits and joint medical assistance that will contribute to the improvement of the service provided, aiming to improve the quality of life of children with learning difficulties.

**Keywords:** Family Health Strategy. Primary Health Care. Child Health. Learning.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DA	Dificuldades de Aprendizagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
1.1 Breves informações sobre o município Ponte Nova	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família Pontal, seu território e sua população	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos	17
<b>4 METODOLOGIA</b>	18
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	19
5.1 Estratégia Saúde da Família	19
5.2 Sistema Escolar, aprendizagem e dificuldade de aprendizagem	21
5.2.1 Dificuldades de Aprendizagem: o que são análise contextual e novos desafios.	25
5.2.2 Contribuições da medicina na compreensão das dificuldades de aprendizagem	26
5.2.3 As condições que implicam dificuldades de aprendizagem comumente encontradas na prática clínica	29
5.2.4 Saúde, educação e política	30
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	35
6.1 Descrição do problema selecionado	35
6.2 Priorização do problema	37
6.3 Explicação do problema selecionado	38
6.4 Seleção dos nós críticos	39
6.5 Desenho das operações	39
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	43
<b>REFERÊNCIAS</b>	44
<b>ANEXO A</b>	48

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Breves informações sobre o município de Ponte Nova**

Ponte Nova é uma cidade com 60.361 habitantes, conforme estimado para o ano de 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). O município está localizado na região da Zona da Mata e distante 170 km da capital do Estado sendo cortado por importantes rodovias estaduais, integrando a bacia do Rio Doce e banhado por seu principal formador, o rio Piranga.

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,85%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 84,49%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 55,31%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 32,54%. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 8,58% eram analfabetos, 45,48% tinham o ensino fundamental completo, 32,68% possuíam o ensino médio completo e 10,74%, o superior completo (no Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%) (IBGE, 2016).

O desenvolvimento local se deve em muito à expansão da lavoura de cana de açúcar, que lhe valeu o título de maior centro açucareiro de Minas Gerais, no decorrer do século XIX e início do XX. Atualmente, Ponte Nova busca novos caminhos de desenvolvimento. A suinocultura, muito desenvolvida na região e uma das mais tecnificadas do país, deu origem ao Frigorífico Industrial do Vale do Piranga (Frivap), empresa de porte médio, implantada no município por um grupo de suinocultores, com apoio do governo do estado de Minas Gerais, da Câmara Municipal e da Prefeitura Municipal de Ponte Nova. O comércio atacadista de armazéns é outro segmento importante para a geração de emprego e renda, além do setor de serviços, especialmente da saúde.

A cidade sempre teve pouco investimento na área cultural, com uma discreta melhora nos últimos anos devido a atuação da Academia de Letras da cidade (ALEPON).

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

O sistema de saúde de Ponte Nova se destaca por vultosos investimentos na modernização tecnológica dos dois hospitais particulares Arnaldo Gavazza Filho e Nossa Senhora das Dores, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), da sede regional da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga (Cisamapi), com sede em Ponte Nova. A cidade é polo regional das diretorias estaduais de ensino e de saúde, além de sediar a Associação dos Municípios do Vale do Piranga (Amapi) (PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA, 2017).

A Estratégia Saúde da Família está organizada em doze equipes no município, organizadas em torno dos bairros mais populosos da cidade. Duas equipes do NASF alteram seus atendimentos entre as UBS. A cidade não dispõe de Unidade de Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Médico de Urgência e os pacientes são atendidos nos hospitais da cidade. Há ainda uma policlínica que cobre as áreas descobertas pela ESF, que além de atendimento médico em nível ambulatorial conta com salas de atendimento odontológico.

## **1.3 A Equipe de Saúde da Família Pontal, seu território e sua população.**

A Unidade Básica Saúde Pontal é responsável por uma área rural que compreende aproximadamente 1500 pessoas cadastradas. A maioria das famílias trabalha nas atividades rurais do entorno da área (suinocultura) ou trabalham na agricultura familiar. A coleta de lixo no território da equipe é feita semanalmente pela prefeitura do município, o qual disponibiliza para a comunidade 02 escolas municipais de ensino fundamental e as demais crianças estudam na zona urbana de Ponte Nova. A ESF Pontal presta serviço em saúde para os usuários e está composta por um cirurgião dentista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um médico. Para contribuir com o trabalho da ESF Pontal, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por uma psicóloga, uma fisioterapeuta, um profissional arte-educador e uma educadora física, que trabalha na Unidade Básica de Saúde em escala de visitas quinzenais. Há também a participação de estagiários da Faculdade de Medicina Dinâmica de Ponte

Nova que, através de convênio com Prefeitura Municipal, colabora com o desenvolvimento de atividades voltadas para a atenção básica à saúde no município.

Por outro lado, existem situações que interferem de forma negativa no trabalho da equipe como a falta de insumos básicos para o trabalho dos profissionais da equipe, a demora no encaminhamento aos serviços especializados e a ausência de contrarreferência pelos prestadores de serviços da rede de atenção à saúde.

A equipe trabalha com consultas pré-agendadas e acolhe também a alta demanda espontânea. A prefeitura disponibiliza um veículo em estado regular de conservação e que está disponível para o trabalho das equipes de saúde apenas metade dos horários de trabalho, já que ele também atende outra UBS da zona rural. Esse veículo é responsável pelo transporte para o trabalho dos dois médicos (UBS Pontal e UBS Ana Florência), além do transporte da enfermeira, que reveza seus período entre uma UBS e outra, e também as visitas domiciliares. Como a área rural é relativamente afastada do centro do município e o transporte é compartilhado com outra UBS, perde-se uma parte significativa do dia em deslocamentos. A equipe desenvolve diversas atividades para a comunidade local, entre atividades educativas e integrativas, além de estarem em contato contínuo com as duas escolas do entorno da UBS. No dia a dia, a equipe enfrenta uma significativa demanda espontânea em atendimentos à crianças que frequentam aquelas instituições e ainda realiza visitas nas unidades de trabalho da área que são as granjas de suinocultura.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Através da Estimativa rápida, foi possível evidenciar alguns problemas dentro da comunidade o que é fundamental para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Conhecer a área de abrangência, a forma de vida dos usuários, dando ênfase aos problemas de saúde é importante, para que a partir dos mesmos, seja possível realizar um plano de ação de enfrentamento para cada problema identificado. A ESF

é responsável por um número previamente estabelecido de usuários e por sua proximidade com a comunidade, acaba sendo possível observar e conhecer a realidade e os problemas mais comuns vivenciados pelos usuários que vivem na área de abrangência. Além disso, através do diálogo, registros e cadastro fica facilitado o reconhecimento daqueles problemas, bem como propor soluções ou pelo menos impactá-los.

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), a Estimativa rápida constitui um método rápido e barato que permite obter informações sobre os problemas existentes numa determinada comunidade e que torna possível, propor soluções, considerando a governabilidade que a equipe possui sobre os mesmos. Por outro lado, a Estimativa rápida não informa a real dimensão do problema, por isso, com um determinado dado em mãos torna-se necessário aprofundar os conhecimentos, considerando as informações fundamentais obtidas por meio de entrevistas simples e rápidas para refinar tais informações e posteriormente elaborar as intervenções.

Na área de abrangência da ESF Pontal, é possível elencar diversos problemas e entre eles foram selecionados o seguimento inadequado de pacientes com doenças crônicas; um número significativo de crianças acompanhadas pela equipe e que apresentam dificuldade de aprendizagem e baixo rendimento escolar e ainda, alto índice de infestação por parasitas.

Através do método de estimativa rápida, foram verificados pontos críticos a serem enfrentados pela equipe de saúde da família Pontal, no município de Ponte Nova. A Unidade Básica de Saúde se localiza na zona rural da cidade e vem recebendo pais que procuram a equipe levando suas crianças para consultas de puericultura e queixam-se de várias morbidades, desde problemas respiratórios até os parasitários. Durante os atendimentos de puericultura a equipe tem contato com as queixas de baixo rendimento escolar e, é nessas consultas que se avalia dados antropométricos e nutricionais, realiza a busca ativa e aplicação de vacinas na tentativa de promover a saúde da criança. Além disso, vem sendo comum encaminhamentos das escolas Municipal Nossa Senhora do Rosário e Estadual Miguel Abraão Silami solicitando avaliação da criança, onde grande parte delas apresenta dificuldade de aprendizagem. Para este trabalho, a equipe de saúde optou por reorientar seu processo de trabalho e aumentar o cuidado prestado às crianças adscritas àquela

comunidade. Em decorrência das visitas domiciliares e bastante demoradas pela distância a ser percorrida pelos profissionais e da considerável demanda espontânea, foi necessário repensar o processo de trabalho da equipe para atender cerca de 1500 usuários.

A agenda da equipe Pontal é organizada de forma a atender os casos agudos considerando a atenção a demanda espontânea, acolhimento e a triagem. Para prestar serviço em situações crônicas, a equipe presta atendimento aos portadores de diabetes, hipertensão e pré-natal em reuniões previamente agendadas, mas que nem sempre obedece ao cronograma pela distância geográfica entre as unidades, enfrentamento das estradas, as visitas domiciliares, dentre outras. Destes últimos, a demanda espontânea vem desorganizando a agenda e o processo de trabalho consideravelmente e por este motivo com a realização do diagnóstico situacional a equipe reuniu-se e dentro da sua programação organizou a agenda de forma a prestar o cuidado integral aos usuários, dando um espaço às crianças que são adscritas à UBS especialmente as com dificuldades de aprendizagem propondo ações educativas com o objetivo de efetivar a atenção primária. Durante as discussões entre os membros da equipe houve necessidade de se ouvir a opinião de outros profissionais, e para o enfrentamento da demanda espontânea, priorizou-se o atendimento às crianças aproveitando-se que no momento o médico está se especializando em neuropsicopedagogia, do psicólogo do NASF e dos demais profissionais que podem contribuir com a avaliação integral e especializada das crianças com dificuldades de aprendizagem.

As crianças que vivem na área de abrangência da equipe e na zona rural de Ponte Nova frequentam a escola e apresentaram encaminhamento escolar ou queixa espontânea de dificuldade de aprendizagem. As idades variam de sete aos doze anos. Todas as crianças passaram por exame clínico, curvas de crescimento de OMS e avaliação multidisciplinar da equipe do NASF, sendo realizadas orientações, encaminhamentos dos casos selecionados aos especialistas, além de intervenções simples em metodologia de estudo. O seguimento das crianças também foi realizado na UBS Pontal.

## 2 JUSTIFICATIVA

O trabalho de acompanhamento dos escolares com dificuldades de aprendizagem na zona rural do município de Ponte Nova se deu por dois motivos: primeiro pelo número significativo de crianças que apresentam queixas de dificuldades de aprendizagem; segundo, pela formação do médico assistente da UBS, em neuropsicopedagogia. Foi solicitada parceria para desenvolvimento do projeto com a Faculdade de Medicina Dinâmica, instituição privada de ensino superior situada no município de Ponte Nova. A equipe, após análise da situação levantada, considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

O conceito dificuldades de aprendizagem baseia-se na dificuldade para aprender ou por déficits no processamento de informações entre crianças mentalmente saudáveis e relativamente estáveis emocionalmente (MACHADO *et al.*, 1992). Já a definição, dada pelo National Joint Committee For Learning Disabilities pode ser citada como

[...] Dificuldades de aprendizagem é um termo genérico que diz respeito a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por problemas significativos na aquisição e uso das capacidades de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou matemáticas. Estas desordens, presumivelmente devidas a uma disfunção do sistema nervoso central, são intrínsecas ao indivíduo e podem ocorrer durante toda a sua vida. Problemas nos comportamentos autorreguladores, na percepção social e nas interações sociais podem coexistir com as DA, mas não constitui por si só uma dificuldade de aprendizagem (NJCLD, 1988 apud CORREIA, 2007, p. 161).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar uma proposta de intervenção voltada para o acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na ESF Pontal localizada no município de Ponte Nova - Minas Gerais.

#### **3.2 Específicos**

Possibilitar acolhimento, abordagem e encaminhamento para avaliação especializada, tratamento e seguimento para crianças com dificuldades de aprendizagem;

Oferecer abordagem psicológica e multidisciplinar para crianças com dificuldades de aprendizagem;

Estruturar um fluxograma para orientar o atendimento às crianças que chegam à UBS com queixa de dificuldade de aprendizagem.

### **4 METODOLOGIA**

O método para elaboração do plano de ação foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e outros dados importantes utilizados foram buscados na secretaria municipal de saúde de Ponte nova, dados do Ministério da Saúde e arquivos da UBS e ESF Pontal em Ponte Nova, Minas Gerais.

Este trabalho consiste numa proposta de intervenção e foi feita para a equipe Pontal no município de Ponte Nova, visando proporcionar o cuidado aos usuários que são crianças que possuem dificuldades de aprendizagem.



Para a construção desta proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, Google acadêmico, dentre outros. De acordo com a relevância e coerência do assunto, foram selecionados artigos que se encontram nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas.

Os descritores de saúde utilizados no trabalho foram:

Estratégia Saúde da Família.

Atenção Primária à Saúde.

Saúde da Criança.

Aprendizagem.

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 Estratégia Saúde da Família**

A atenção básica (e ou primária) é responsável pela promoção de ações em saúde individuais e coletivas. O serviço prestado é realizado através do trabalho em equipe e voltado para populações para quem presta serviços em saúde que vivem em territórios previamente definidos considerando a dinâmica do território (BRASIL, 2011). Este serviço é considerado o primeiro acesso ou a “porta de entrada” para que o indivíduo família e comunidade obtenham do sistema resposta para suas demandas, inclusive dos outros níveis do sistema de saúde (COSTA *et al.*, 2009).

“O Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso à atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família” (AZEVEDO; COSTA, 2010, p. 798). Conforme a cartilha da Política Nacional de Atenção Básica, esta estratégia visa,

[...] à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de

expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, p. 54).

De acordo com Lavras (2011), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma atividade de saúde pública, onde o tipo de atenção ofertado é o serviço ambulatorial e não especializado, realizada em unidades básicas de saúde com atividades clínicas variadas e de baixa densidade tecnológica. Ainda conforme a autora em relação à APS,

[...] ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial (LAVRAS, 2011 p. 872).

Com a proposta de complementar o serviço prestado pelas equipes de saúde à população e atender suas demandas não atingidas pelas equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família que trabalha integrado e com atendimentos compartilhados, considerando a singularidade dos usuários (ANJOS *et al.*, 2013).

Para os autores citados, o desafio de implantar o NASF,

[...] representa a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, consoante a perspectiva de consolidação da ESF. Nesse sentido, o NASF é ambicioso e pode até parecer utópico, principalmente quando se avalia a formação dos profissionais de saúde, que, em grande parte, ainda encontram-se distantes das perspectivas com as quais o NASF foi criado (MÂNGIA; LANCMAN, 2008 apud ANJOS *et al.*, 2013, p. 673).

A escola significa uma importante ferramenta para o fortalecimento da atenção primária à saúde, atuando como formadora de opiniões de crianças, adolescentes e dos seus familiares sendo útil na educação em saúde, por sua capacidade de formar

cidadãos conscientes e responsáveis por suas escolhas e comportamentos (BRASIL, 2009 apud SANTIAGO *et al.*, 2012). Assim, de acordo com os autores, o Programa Saúde na Escola (PSE),

[...] constitui uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersectorialidade apregoada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO *et al.*, 2012, p. 1027).

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, visa proporcionar atenção integral à saúde, formação de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, que funcionam nas escolas e unidades básicas de saúde e promovido através de parceria entre equipes de saúde da atenção básica e educação (BRASIL, 2011). A eficácia da promoção da saúde no âmbito escolar se deve a um processo dinâmico e permanente onde, sendo baseado em evidências científicas e nos programas estratégicos na área de saúde coletiva e ainda adequados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e gestão (MICCAS; BATISTA, 2014). Segundo Machado *et al.* (2015), o PSE é uma importante política pública para infância e adolescência podendo ser citados alguns componentes como a,

[...] avaliação clínica, nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica bem como as ações de educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2009 apud MACHADO *et al.*, 2015, p. 1).

## **5.2. Sistema Escolar, aprendizagem e dificuldade de aprendizagem.**

“Ensinar a ler e a escrever continua sendo uma das tarefas mais especificamente escolares, muitas crianças fracassam já nos primeiros passos da alfabetização”(MELO, 2014, p. 213). Construir a alfabetização envolve além do conhecimento de sons e imagens, o acontecimento amplo valorizando e enfatizando no aluno suas qualidades, habilidades e conhecimentos que possui, sendo um ser completo e utilizando essas qualidades resultarão na aprendizagem (MARTINS, 2015). Assim, no trabalho de Ferreira e Teberosky (2008) a alfabetização ocorre

conforme os níveis estruturais que são,

[...] *Nível 1: pré-silábico* (a criança não estabelece vínculo entre fala e escrita e tem leitura global, individual e instável do que escreve: só ela sabe o que quis escrever), *Nível 2: Intermediário Silábico* (a criança começa a ter consciência de que existe alguma relação entre pronuncia e a escrita), *Nível 3: Hipótese Silábica* (a criança tenta fonetizar a escrita e dar valor sonoro às letras), *Nível 4: Hipótese Silábico-Alfabética ou Intermediário II* (a criança consegue combinar vogais e consoantes numa mesma palavra, numa tentativa de combinar sons, sem tornar, ainda, sua escrita socializável) e *Nível 5: Hipótese alfabética* (a criança compreende o modo de construção do código da escrita (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008 apud MARTINS, 2015, p. 68)

Ferreiro e Teberosky (2008) demonstraram que a questão crucial da alfabetização inicial é de natureza conceitual, isto é, a mão que escreve e olho que lê estão sob o comando de um cérebro que pensa sobre a escrita em seu meio social e com a qual toma contato através da sua própria participação em atos que envolvem o ler ou o escrever, em práticas sociais mediadas pela escrita.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (2008, p. 206), no artigo 26, trata a educação como direito, onde, “Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória”. De acordo com Ferreiro e Teberosky (2008, p. 19), no que se refere à alfabetização de crianças e adultos tem-se que,

[...] A alfabetização tem duas faces: uma relativa aos adultos, e a outra, relativa às crianças. Se em relação aos adultos, trata-se de sanar uma carência, no caso das crianças, trata-se de prevenir, de realizar o necessário para que essas crianças não se convertam em futuros analfabetos.

Atualmente, a escola pública brasileira vem atendendo toda criança em idade escolar que vive no território nacional e no que se refere ao ensino fundamental, por exemplo, tem sido através de conquistas “pelas classes populares que inaugurou o ingresso dessa população em uma instituição que antes era elitista e limitada a uma minoria” (DUARTE, 2013, p. 248). A autora ainda se refere o trabalho de Patto (1990) em seu texto, em que este,

[...] analisou as causas das desigualdades educacionais na sociedade brasileira associando contexto socioeconômico e político a

preconceitos que prejudicam a trajetória escolar individual. Em virtude de a escola funcionar como instrumento de ascensão e de prestígio social, Patto examina o discurso, produzido pela psicologia, que justifica as dificuldades de aprendizagem com uma visão organicista das aptidões humanas, carregada de pressupostos racistas e elitistas. A causa do fracasso é então apontada como a inadequação da escola decorrente da representação negativa da capacidade intelectual dos alunos e da consequente desvalorização social da população em situação de pobreza. O funcionamento do sistema educacional é, congenitamente, gerador de obstáculos à realização de seus objetivos universais e democráticos, ideologizando por meio de discurso científico que naturaliza o fracasso aos olhos de todos os envolvidos no processo (PATTO, 1990 apud DUARTE, 2013, p. 248).

De acordo com Goldemberg (1993), o Brasil sofre de consideráveis deficiências no sistema educacional e somente abrir outras escolas não contribui com o fortalecimento da política educacional de forma satisfatória, onde a “pobreza e falta da escolarização são deficiências que somente poderão ser superadas se enfrentadas simultaneamente, cada uma em seu lugar próprio” (GOLDEMBERG, 1993, p.65). Ainda conforme o autor,

[...] O caráter claramente utópico de muitas de nossas políticas educacionais, responsável pelo seu fracasso, se deve, em grande parte, ao fato de não terem sido associadas a uma política social de longo alcance e não estarem alicerçadas em uma clara consciência dos obstáculos econômicos, políticos e culturais que precisam ser enfrentados para a construção de um sistema educacional abrangente e de boa qualidade (GOLDEMBERG, 1993, p. 65).

Na tentativa de reduzir a exclusão escolar dada pela reprovação e evasão houve a organização do ensino em ciclos de progressão continuada visando melhorias na qualidade e promovendo o acesso à educação (JACOMINI, 2009). O processo de assimilação e o de acomodação desenvolvido pelo indivíduo existe ao mesmo tempo e os dois se alternam durante o desenvolvimento permitindo solucionar conflitos comuns ao ambiente em que vive e assim, torna-se capaz de equilibrar-se e continuar seu desenvolvimento (VIOTTO FILHO; PONCE; ALMEIDA, 2009). Assim, o livro de Ferreiro; Teberosky (2008) demonstra que,

[...] um mesmo estímulo (ou objeto) não é o mesmo, a menos que os esquemas assimiladores à disposição também o sejam. Isto configura a modificação fundamental do processo aprendizagem-

ensino: colocar o sujeito da aprendizagem no centro do processo e não mais aquele que veicula o aprendizado ou o método. Os êxitos na aprendizagem tem sempre sido atribuídos ao método e não ao sujeito que se aprende. Podemos certamente afirmar que, se os homens aprenderam durante gerações, não foi graças aos métodos, mas apesar deles (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008, p. 30).

Identificando ainda no trabalho das autoras, as mesmas colocam que “o método (enquanto ação específica do meio) pode ajudar ou frear, facilitar ou dificultar; porém, não pode criar aprendizagem. A obtenção de conhecimento é um resultado da própria atividade do sujeito” (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008, p. 32).

De acordo com Giusta (2013) o conhecimento é um produto da experiência, onde as “impressões do mundo, fornecidas pelos órgãos dos sentidos, são associadas umas às outras, dando lugar ao conhecimento”. Para atingir este conhecimento, não há um passo a passo demandando correção de rumos podendo resultar em erros, onde “estes erros construtivos devem ser encarados como erros sistemáticos (não por falta de memória ou de atenção). No entanto o maior entrave a aceitá-los decorre de uma prática pedagógica secular que tem horror ao erro (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008, p. 33). As autoras ainda propõem,

[...] Dois métodos figuram entre os mais conhecidos para questão do aprendizado da lectoescrita: os métodos sintéticos e os métodos analíticos. O primeiro método baseia-se em elementos menores que a palavra - letras e fonemas, respectivamente, método sintético alfabético (em completo desuso) e método sintético fonético. O método fonético propõe que a alfabetização parta do oral, estabelecendo as correspondências grafema-fonema, isto é, letras-som. Os métodos analíticos, por sua vez, partem da palavra ou de unidades ainda maiores. (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008, p. 21).

Considerando a aprendizagem de uma criança, os estímulos do meio físico e social e sua capacidade de pensamentos, a cultura interferindo em sua socialização, motivação, condição afetivo-social e habilidade psicomotora justificam suas respostas, compreensão e seu desenvolvimento (NICOLAU, 1997). Para Giusta (2013), condicionamento operante relaciona o comportamento a ser aprendido e suas consequências.

[...] Os adeptos da teoria do reforço consideraram-no capaz de explicar a aquisição dos comportamentos voluntários de todos os tipos. O esquema continua muito simples: o organismo emite uma resposta a um estímulo cujo conhecimento não é necessário, e essa resposta, dependendo das conseqüências geradas por ela, será ou não mantida. Logo, são os estímulos que se seguem à resposta (reforços) que representam o núcleo da teoria, e não os que a antecedem. As pesquisas sobre condicionamento iniciaram-se sempre com experimentos com animais e se aplicaram posteriormente, a sujeitos humanos. Dado o seu grande poder de controle do comportamento, essas pesquisas foram se sofisticando cada vez mais. Têm sido incessantes os esforços para provar que o comportamento é modelado, razão porque deve as investigações fornecer o maior número possível de dados sobre estímulos reforçadores, estímulos aversivos, tipos de reforços, esquemas de reforço, contra condicionamento, etc. Acredita-se que o aprofundamento dessa linha de análise findará por oferecer um modelo de aprendizagem que resolverá todos os problemas (GIUSTA, 2013, p. 23).

A escolarização, o letramento e a alfabetização constituem três processos que se sobrepõem e resultam em diferentes condições letradas que se modificam conforme o aprendiz vivencia novas práticas de leitura e escrita (ROCHA, 2010).

### **5.2.1 Dificuldades de Aprendizagem: o que são, análise contextual e novos desafios.**

De acordo com a literatura, para definir o que atualmente se chama de dificuldades de aprendizagem, são usados a “lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, hiperatividade, dificuldades perceptivas, dificuldades de linguagem, dislexia, distúrbios de aprendizagem psiconeurológicos” com Correia (2007, p. 157). O autor ainda cita,

[...] Dificuldades de aprendizagem é um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio, ou habilidades matemáticas. Estas desordens são intrínsecas ao indivíduo, presumivelmente deve-se a disfunções do sistema nervoso central e podem ocorrer ao longo da vida. Problemas na auto regulação comportamental, percepção social podem existir com as dificuldades de aprendizagem, mas não constituem por eles próprios uma dificuldade de aprendizagem. Embora as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições desvantajosas (handicapping) (por exemplo, dificuldades sensoriais, deficiência mental, distúrbios emocionais sérios) ou com influências extrínsecas (tais como diferenças culturais, instrução insuficiente ou inapropriada), elas não são o resultado dessas condições ou influências (ICLD, 1987, p.222 apud CORREIA, 2007, p. 161).

A dificuldade de aprendizagem pertence a uma rede de “causas e consequências de problemas psicossociais na infância, que precisam receber a atenção necessária, pois ora funcionam como causa, ora como consequência de problemas comuns na idade escolar” (MAZER; DAL BELLO; BAZON, 2009, p. 8). Além disso, a defasagem da aprendizagem está na dependência da estrutura intra e extraescolar que varia desde os métodos pedagógicos, professores, estrutura física, passando por fatores políticos como a política de saúde, até os psicossociais, familiares, entre outros. No entanto, estes fatores vêm aumentando os “encaminhamentos de crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem a serviços de saúde vêm se mostrando sintomático dessa complexidade multifatorial” (FREDERICO NETO *et al.*, 2015, p.159). Assim, o trabalho da Profa. Dra. Vera Lúcia Sobral Machado relata sobre a complexidade das dificuldades de aprendizagem pois a mesma,

[...] existe a partir da própria caracterização do que é uma criança com esta síndrome. Conforme definições tradicionais, relatadas em muitos exemplares da literatura, o conceito "dificuldades de aprendizagem" tem por base dois pressupostos: a) a dificuldade para aprender apresentada por crianças sem retardo mental, que tiveram oportunidades para aprender e que estão livres de desordens físicas ou emocionais significativas, a dificuldade nesse caso, sendo devida a déficits em processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou utilização da linguagem falada ou escrita e em habilidades matemáticas, b) estes déficits no processamento de informações serem considerados como reflexos de fatores biológicos-genéticos ou constitucionais (MACHADO *et al.*, 1992, p. 16).

Schuman *et al. apud* Fonseca (2016) apresentam uma inter-relação complexa de fatores causais das DA, nomeando:

- Problemas de classes socioeconomicamente desfavorecidas;
- Oportunidades educacionais inadequadas;
- Cuidados pré-natais, perinatais e pós-natais inadequados;
- Má nutrição;
- Infecções; etc.

Diante disso, é importante que o problema das DA encerre certa relatividade cultural e certa política de educação, de saúde e de bem-estar. O combate à privação



sociocultural, à pobreza e à miséria, que estão na base de muitas DA, não se faz unicamente por medidas puramente educacionais (FONSECA, 2016).

### **5.2.2 Contribuições da medicina na Compreensão das Dificuldades de Aprendizagem**

A Carta Magna Brasileira estabeleceu a obrigatoriedade do ensino básico. Esse imperativo da aprendizagem se traduz na obrigatoriedade da escolarização e na apropriação do conhecimento sistematizado, manifestado principalmente por meio das habilidades como a leitura, a escrita e o cálculo. Essa expansão da escolarização trouxe consigo questões até então ausentes, como os processos de que conduzem a aprendizagem, seus elementos intrínsecos, bem como as dificuldades decorrentes e hoje conhecidas como “dificuldades de aprendizagem”.

A criança que não possui deficiência e as com déficit intelectual devem conforme a lei, ser incluídos na escola, para receberem educação e oportunidades iguais, o que é denominado educação inclusiva (SOUZA; GOMES, 2015). A neurologia exerce influência na busca das causas e da compreensão das questões em torno dos processos de aprendizagem, bem como suas dificuldades, num momento em que a aprendizagem é traduzida na obrigatoriedade da escolarização e apropriação de habilidades como a leitura, escrita e cálculo (BRIDI FILHO; BRIDI, 2016).

De acordo com Ribeiro Sobrinho (1995) o pode-se definir o cérebro como um sistema capaz de analisar e sintetizar informações dos meios externo e interno, além de comparar dados criar diversas representações em diferentes situações enfrentadas pelo indivíduo. O mesmo autor considera que

[...] As diferentes manifestações da atividade cerebral, quer no campo perceptivo, quer no campo motor não podem ser localizadas em áreas discretas do cérebro, sendo sim resultado da atividade integrada de todo o cérebro. Entretanto, isto não quer dizer que a estrutura cerebral seja uniforme. Muito pelo contrário, tanto o número de camadas do córtex como a proporção de cada um dos diversos tipos celulares e conseqüentemente os tipos de circuitos axo somáticos e axo dendríticos variam de uma região cerebral para a outra (RIBEIRO SOBRINHO, 1995, p. 28).

A Neurociência é uma ciência que coloca o cérebro como o principal instrumento para a aprendizagem, pois, é capaz de exercer a plasticidade cerebral integrando, portanto o processo de aprendizagem, além de se reorganizar de acordo com sua utilização (SOUZA; GOMES, 2015). Em relação às áreas do cérebro, no trabalho de Ribeiro Sobrinho (1995), tem-se que,

[...] As áreas primárias ou áreas de projeção são as responsáveis pela recepção das aferências intero e exteroceptivas e pelas eferências motoras e viscerais. Nestas áreas, predominam células de projeção ou de recepção com distribuição somatotípica, ligadas por assim dizer em série com o sistema nervoso periférico e com o restante da estrutura cerebral. Já as áreas secundárias apresentam um predomínio maior de células de axônios curtos e grande rede dendrítica, fornecendo o substrato estrutural para inúmeras ligações em paralelo com outros circuitos celulares. Além disso, as áreas secundárias apresentam, também, uma porção considerável de células de projeção para núcleos subcorticais tanto motores como sensitivos, e estes por sua vez projetam-se tanto para a periferia como novamente para o córtex, formando múltiplas vias paralelas de condução dos estímulos. As áreas terciárias são as que apresentam um sistema mais rico de conexões em paralelo. Estruturalmente predominam as células de axônios curtos, formando nas camadas 2° e 3° uma verdadeira infinidade de circuitos alternativos, sendo que as células de projeção destas áreas além de serem proporcionalmente em número menor projetam-se preferentemente para outras áreas corticais (ainda que não exclusivamente) (RIBEIRO SOBRINHO, 1995, p. 28).

A plasticidade neural visa readequar a estrutura e “funções do sistema nervoso, que ocorre em qualquer estágio da ontogenia, como função de interações com o ambiente interno ou externo ou, ainda, como resultado de injúrias, de traumatismos ou de lesões que afetam o ambiente neural” (PHELPS, 1990 *apud* FERRARI; TOYODA; FALEIROS, 2001, p. 188). Os autores também se referem à classificação de Kolb e Whishaw (1989), como sendo,

[...] didática e, assim, será por nós utilizados para caracterizar diferentes tipos de questões e de abordagens experimentais à plasticidade do sistema nervoso e evidenciar que a análise comportamental é parte fundamental dessas investigações. Em qualquer investigação, uma análise comportamental válida deverá garantir que: (a) o comportamento observado após a lesão mantém as suas características topográficas e funcionais existentes numa linha de base pré-lesão; (b) a recuperação de um comportamento não interfere negativamente na ocorrência de outros comportamentos; e (c) o comportamento apresenta regularidade de frequência e se mantém a longo-prazo (KOLB; WHISHAW, 1989 *apud* FERRARI; TOYODA; FALEIROS, 2001, p. 189).

O papel do médico na avaliação das crianças e dos jovens com queixas de DA em âmbito de ação primária é a investigação de causas patológicas facilmente rastreáveis na prática clínica: história familiar de DA; história dos fatores pré, peri e pós- natais; infecções das mais diversas etiologias; desvios da curva de crescimento e peso; atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor; anemias; parasitoses; fatores emocionais e, com ajuda do NASF, avaliação dos fatores psicossociais intimamente relacionados ao paciente em questão.

### **5.2.3 As condições que implicam dificuldades de aprendizagem comumente encontradas na prática clínica.**

Dentre os modelos desenvolvidos para explicar as dificuldades de aprendizagem, os relacionados ao médico, neuropsicológico e psicoeducacional vem influenciando as práticas de atuação dos profissionais, cuja característica comum a todos é a busca de mecanismos cognitivos da criança. Para aqueles profissionais, as crianças fracassam na aprendizagem acadêmica porque “apresentam déficits em algumas habilidades básicas para estas aprendizagens, por exemplo, falhas no processamento auditivo, na habilidade psicomotora, na percepção visual” (MACHADO *et al.*, 1992, p, 19).

As dificuldades de aprendizagem estão relacionadas aos obstáculos que interferem no processo ensino-aprendizagem e o desempenho escolar devido a fatores pedagógicos, emocionais, culturais, nutricionais, etc. Sabe-se que os “transtornos de aprendizagem são alterações no sistema nervoso central, em crianças com inteligência normal, sem alterações sensoriais, com qualidade de vida adequada e métodos de ensino apropriados” (TABAQUIM, 2016, p. 359). No transtorno de aprendizagem existem problemas “na aquisição e desenvolvimento de funções cerebrais envolvidas no ato de aprender, tais como dislexia, discalculia e transtorno da escrita” (SIQUEIRA; GURGEL-GIANNETTI, 2011, p. 80). No que se referem à dislexia, trata-se da presença de fatores hereditários e os autores Torres; Soares; Conceição (2016) ainda descrevem que,

[...] o termo é utilizado para identificar um distúrbio de aprendizagem da escrita, leitura, ortografia e redação - e ainda incluem como resul-

tados, as dificuldades na escrita de números, não causada por deficiência mental ou sensorial, mas por um atraso na maturação de determinadas áreas do cérebro. Como essas áreas são responsáveis pelo desenvolvimento da leitura e da escrita, a criança não consegue decifrar os signos que lê e ouve, não compreende perfeitamente o que está lendo e ainda, confunde letras e sons. Sendo assim, considera-se a dislexia como progressiva, caso não seja tratada adequadamente por especialistas como fonoaudiólogos, psicólogos e médicos diretos desta (TORRES; SOARES; CONCEIÇÃO, 2016, p. 120).

Outra disfunção é a discalculia, que se diagnosticada em adultos trata-se da dificuldade de aprender matemática. Por outro lado, se este diagnóstico for principalmente em crianças, é “identificada pela quantidade de diferentes erros observados na compreensão dos números, nas habilidades de contagem, nas habilidades computacionais e na solução de problemas verbais”(GARCIA, 1998 apud PASSOSA *et al.*, 2011, p. 66).

Finalmente podem ser citadas as desordens de atenção e memória, que também são um quadro frequentemente encontrado e representado pelo Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H), cuja base é neurobiológica com fortes evidências indicando fatores genéticos e neurológicos como suas principais causas prováveis, em detrimento de fatores puramente sociais, porém capaz de contribuir com o desenvolvimento de comorbidades associadas, e não do TDA/H. Os fatores descritos foram: fatores neurológicos de risco para TDA/H. São eles: complicações gestacionais ou parto; lesões cerebrais adquiridas; toxinas, fumo e álcool na gestação; prematuridade; baixo peso ao nascimento e possivelmente, níveis elevados de fenilalanina em mães com fenilcetonúria” (BARKLEY *et al.*, 2008 apud SIQUEIRA; GURGEL-GIANNETTI, 2011, p. 81).

A relevância das questões de aprendizagem em escola de zona rural emerge como uma questão de saúde e política. Estruturar a equipe ESF para abordar esses usuários é uma atividade fundamental para o manejo de tais queixas nos serviços de saúde.

#### **5.2.4 – Saúde, educação e política**

“O ser humano para Paulo Freire, não pode ser considerado como uma realidade pronta, acabada, mas sim como um ser em busca constante de autorrealização e crescimento, o que pode ser identificado com o seu processo contínuo de humanização” (MELO

JÚNIOR; NOGUEIRA, 2011, p. 2).

O autor também se refere à desumanização oposta àquela na realidade dos seres humanos, que para ser vencida é necessária um processo de educação capaz de atuar sobre a desumanização e priorizar a humanização (MELO JÚNIOR; NOGUEIRA, 2011).

De acordo com Freire (2001),

[...] Aprender e ensinar faz parte da existência humana, histórica e social, como dela fazem parte a criação, a invenção, a linguagem, o amor, o ódio, o espanto, o medo, o desejo, a atração pelo risco, a fé, a dúvida, a curiosidade, a arte, a magia, a ciência, a tecnologia. E ensinar e aprender cortando todas estas atividades humanas (FREIRE, 2001, p. 12).

Diante de tais confrontações, é evidente que a educação deve ter um caráter permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam, mas pelo fato de, ao longo da história, o homem ter incorporado à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais. A educação e a formação permanente se fundam aí” (FREIRE; 2001).

Como bem afirmou Freire (2001); “o ser humano jamais para de educar-se. Numa prática educativa não necessariamente a da escolarização, decerto bastante recente na história, como a entendemos”. Nesse aspecto, podemos compreender um papel amplo da educação, formal e não formal, como uma ferramenta de assimilação o mundo, fundamental para o crescimento pleno e a formação de uma sociedade mais crítica e, sobretudo, mais justa. (FREIRE; 2001)

A importância da política nos contextos educacionais vai muito além do imbróglio financeiro; os conteúdos, os objetivos, os métodos, os instrumentos tecnológicos a serviço da educação, estes não apenas podem, mas devem variar no tempo e espaço (FREIRE; 2001). Ainda para Freire,

[...] Esta vem sendo uma preocupação que tem me tomado todo, sempre – a de me entregar a uma prática educativa e a uma reflexão

pedagógicas fundadas ambas no sonho por um mundo menos malvado, menos feio, menos autoritário, mais democrático, mais humano (FREIRE, 2001 apud CORREIA, 2009, p. 25).

Assim, no caso da escola, esta deve primeiramente desenvolver processos de ensino-aprendizagem, atuando na formação e atuação das pessoas na vida social. que na interação com outros espaços sociais, o estudante se forma aumenta sua percepção e construção da cidadania mantendo seu acesso e no acesso às políticas públicas, podendo-se tornar o” locus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos” (DEMARZO; AQUILANTE, 2008 apud BRASIL, 2009, p. 10). Este trabalho é voltado para trabalhar a promoção da saúde,

[...] Algumas atividades, como ações coletivas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade, poderão ser propostas pelas equipes de saúde e/ou pela comunidade envolvida, para serem executadas no espaço da escola. Porém, as demandas assistenciais e clínicas devem ser encaminhadas, prioritariamente, para as unidades de saúde da própria equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2009, p. 17).

Paulo Freire (2001) dimensiona em um contexto filosófico a importância de, como mediadores de políticas de saúde, consigamos abarcar todo o imperativo de tornar a abordagem das DA na atenção primária, dado os desdobramentos *a posteriori* da negligência do tema na vida dos usuários não abordados.

Segundo Leão *et al.*, (2013), o papel inclusivo que a educação representa, na atualidade, conduz aos serviços de saúde, as crianças que não tem bom desempenho escolar, como aquelas que têm problemas de aprendizagem, além dos transtornos comportamentais e/ou emocionais. A equipe de saúde tem importância fundamental no acolhimento dessa criança, porque ela pode realmente apresentar um problema clínico que demanda diagnóstico adequado e intervenção oportuna, evitando prejuízos advindos do insucesso escolar, no desenvolvimento psicológico da criança. Muitas vezes é também a equipe responsável por afastar qualquer diagnóstico atribuído à criança e que motivou o encaminhamento ao serviço de saúde, por exemplo, crianças com desenvolvimento normal e desempenho satisfatório, mas que não estão atendendo às expectativas da família e/ou da escola, numa sociedade cada vez mais competitiva e que estimula o individualismo.

Ainda para Leão *et al.*, (2013), a expressão dificuldades de aprendizagem é usada para se referir a uma variedade de quadros clínicos que podem interferir diretamente na aprendizagem, nas interações sociais e no bem-estar da criança. Um aspecto a ser considerado é a necessidade de acompanhamento longitudinal desses quadros e de um plano de cuidado em que a família, a escola e a comunidade se constituem parceiros. Leão *et al.* (2013, p. 254) frisa que a abordagem das DA é “matéria própria para serviços de atenção primária à saúde (APS)”.

A interação da saúde com a educação vai muito além da abordagem das crianças com DA e dos outros inúmeros eventos de saúde que podem comprometer a qualidade de vida da criança na escola. O ambiente escolar deve ser utilizado estrategicamente como uma ferramenta de prevenção e promoção da saúde. Num ambiente de profundas transformações políticas, a escola passa a ser encarada como um espaço privilegiado para a construção de ambientes saudáveis, no moderno conceito de escolas promotoras de saúde. (LEÃO *et al.*, 2013).

Essa parceria saúde-educação tem como metas: a construção de ambientes favoráveis à saúde; o estímulo à alimentação saudável; o incentivo a prática da atividade física; a construção e manutenção da autoestima; o estímulo ao bom desempenho escolar; o desenvolvimento de habilidades para a vida; a abordagem da sexualidade e das questões em torno da saúde reprodutiva; a abordagem do uso de tabaco, do álcool e de outras drogas, além da atuação na prevenção de acidentes e da violência. (LEÃO *et al.*, 2013).

É mister abordar, ainda, neste tópico de saúde, política e educação, a síndrome da criança socioeconomicamente desfavorecida. Está claro que as desvantagens da pobreza e da miséria para as crianças são muitas. Entre muitas, a pobreza reduz as opções para os pais. Crianças nesse contexto apresentam índices mais altos de problemas congênitos perinatais, adoecem com mais frequência e são menos nutridas durante todo o período de crescimento e desenvolvimento da infância. Muitas vezes, a esse contexto, se soma à desvalorização da educação e o baixo nível de motivação para as tarefas escolares, além de um pobre envolvimento afetivo familiar. Isso culmina na exclusão escolar, privando esses indivíduos de uma

ferramenta essencial para a inserção social, que é o conhecimento. Crianças oriundas desse contexto correm alto risco de serem pobres quando adultas, mantendo um ciclo para a próxima geração (LEÃO *et al.*, 2013).

A porta de entrada do serviço de saúde para uma criança com DA deve ser a unidade básica de saúde. Para Leão *et al.* (2013, p. 264), a UBS “já precisa ter estabelecido o caminho que deve percorrer qualquer criança que chega ao serviço com essa demanda”.

A elaboração do diagnóstico depende de uma avaliação global da criança que pode ser realizada pelo médico pediatra ou pelo generalista. Ao exame clínico é fundamental a avaliação do desenvolvimento; para crianças com até seis anos. A Escala de Denver se mostrou instrumento útil, para crianças maiores, a proposta de avaliação de desenvolvimento de Sucupira pode ser usada, além do fundamental envolvimento multidisciplinar da equipe (LEÃO *et al.*, 2013).

O próximo passo, ao diagnóstico, é a interlocução com a escola, palco do êxito das intervenções em conjuntas realizadas. Toda criança com DA deve ser avaliada periodicamente pela ESF, prevenindo os impactos danosos que o fracasso escolar pode causar.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na atenção primária em unidade de Estratégia de Saúde da Família na zona rural de Ponte Nova”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus ‘nós críticos’, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme proposto na disciplina de Planejamento e avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família ([CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.](#))



## 6.1 Descrição do Problema Selecionado

Numa comunidade é sempre provável encontrar diferentes problemas vivenciados pelos indivíduos que a habitam. Os problemas podem ser classificados como intermediários e terminais, sendo os intermediários aqueles que devem ser enfrentados diariamente refletindo na qualidade final dos serviços prestados e os terminais são os vivenciados diretamente pelas pessoas daquele contexto, sendo este o “alvo do planejamento porque, para enfrentar problemas terminais, inevitavelmente, devem-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 27).

O tema aqui elencado para ser abordado é alta prevalência de crianças acompanhadas pela ESF do Pontal, zona rural do município de Ponte Nova, com queixas de baixo rendimento escolar e dificuldades de aprendizagem em geral. De uma população de aproximadamente 100 crianças em idade escolar acompanhadas no serviço, cerca de 20 delas apresentaram encaminhamento formal da escola ou queixa relevante dos pais acerca de dificuldades de aprendizagem, gerando repercussões sociais, psíquicas e sentimento de incapacidade da equipe e família em enfrentar tal problema.

As dificuldades de aprendizagem, ou simplesmente, a queixa de baixo rendimento escolar, advindos dos pais ou da escola, são uma queixa constante e relevante na prática de atenção primária à saúde e nesse caso na UBS Pontal, gerando apreensão nos pais e consequências educacionais e emocionais às crianças. Por muito tempo permaneceu simplesmente como um problema educacional e pedagógico, ganhando as esferas da saúde, nas últimas décadas, com os avanços das neurociências e, no âmbito do SUS, com a criação do Programa Saúde na Escola, em 2007.

A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do Pontal conta com duas unidades de ensino: a Escola Municipal Nossa Senhora do Rosário e a Escola Estadual da Usina. As duas escolas foram visitadas pela equipe, inclusive com reuniões com coordenação pedagógica das instituições. A escola Municipal Nossa Senhora do Rosário está localizada fisicamente ao lado da UBS do Pontal, conta

com salas de aula em bom estado de conservação, quadra de esporte não coberta e acessibilidade para cadeirantes via rampas, constando de apenas um pavimento térreo. No momento está em processo de implantação de período integral de aulas. Atende 128 crianças da zona rural vizinha, distribuindo-se da seguinte maneira: modalidade infantil – 22 alunos; primeiro e segundo anos do ensino fundamental I – 18 alunos (turmas unificadas); terceiro ano do ensino fundamental I – 14 alunos; quarto e quinto anos do ensino fundamental I – 25 alunos (turmas unificadas); sexto ano do ensino fundamental II – 14 alunos; sétimo ano do fundamental II – 11 alunos; oitavo ano do ensino fundamental II – 12 alunos; nono ano do ensino fundamental II – 12 alunos. A equipe docente conta com um coordenador pedagógico e dezesseis professores, lecionando as disciplinas da base nacional comum curricular (BRASIL, 2016). A outra instituição de ensino é a Escola Estadual Miguel Abraão Silami, conhecida como “Escola da Usina”, em referência à antiga atividade de produção de cana-de-açúcar na região e que, atualmente, cedeu lugar à suinocultura na mesma região. A Escola da Usina conta com instalações precárias em relação a outra escola; a estrutura é antiga, contando com quatro salas de aula com janelas quebradas, paredes sujas e quintal sem pavimentação para atividades recreativas. São atendidos setenta estudantes, divididos na seguinte conformação: 1º, 2º e 3º anos do ensino fundamental I – 16 alunos (turmas unificadas); 4º e 5º anos do ensino fundamental I – 14 alunos (turmas unificadas); 6º e 7º anos do ensino fundamental II – 16 alunos (turmas unificadas); 8º ano do ensino fundamental II – 9 alunos e 9º ano do ensino fundamental II – 15 alunos. Conta com equipe pedagógica composta por um coordenador pedagógico, dois professores para as turmas de ensino fundamental I e nove professores para as turmas de ensino fundamental II.

Devido à conformação mista das turmas, foram incluídas todas as turmas com crianças a partir de sete anos de idade com encaminhamento escolar de dificuldade de aprendizagem. No total de 10 crianças foram selecionadas para implementação do projeto piloto.

O contexto social das crianças que frequentam as duas escolas é semelhante: a maioria delas está cadastrada no Programa Bolsa Família do governo federal e são oriundas de famílias de baixa renda, empregadas em atividades rurais e,

principalmente, nas granjas da região, destinadas à suinocultura. Os grupamentos familiares são compostos por pais relativamente jovens, faixa etária entre 25 - 35 anos, de baixa escolaridade. A maioria dos empregos conta com remuneração do tipo salário mínimo, com predomínio masculino na subsistência familiar.

Descritores do Problema	Importância	Fonte
Prevalência significativa de crianças com dificuldades de aprendizagem em geral	Alta	Consultório, encaminhamento escolar.

## 6.2 Priorização dos problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Pontal, Unidade Básica de Saúde Ponta, município de Ponte Nova, estado de MG.

Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Pontal, Unidade Básica de Saúde Ponta, município de Ponte Nova, estado de MG.				
Problemas	Importância*	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****
Seguimento de doentes crônicos DM/HAS	Alta	10	Total	2
Verminoses	Média	10	Total	3
Dificuldades escolares	Alta	10	Parcial	1

Fonte: Dados do PSF Pontal.

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 6.3 Explicação do Problema Selecionado

As dificuldades escolares sempre foram negligenciadas pelos serviços de saúde, muito talvez devido à formação incipiente dos profissionais de saúde a respeito dos problemas educacionais e os desdobramentos sociais e de saúde advindos das falhas do processo de aprendizagem.

As causas das dificuldades de aprendizagem são inúmeras, variando desde síndromes geneticamente determinadas, passando por problemas de metodologia de ensino até chegar aos problemas emocionais e psicológicos do aprendiz; não raramente coexistindo mais de um desses fatores associados na etiologia da

dificuldade de aprendizagem. Uma abordagem multidisciplinar e ampla é necessária para investigação adequada da queixa apresentada.

O estresse da vida atual, associado a diversos mecanismos sociais e psicológicos medeiam o adoecimento psíquico dos indivíduos. A cobrança por sucesso profissional, padrão de beleza, problemas de relações afetivas e familiares, são fatores que se somam à apreensão gerada às famílias com crianças portadoras de dificuldades de aprendizagem.

Por muitos anos a questão da aprendizagem esteve restrita ao ambiente escolar, excetuando-se os casos pragmáticos clássicos, como nos casos de doenças neurológicas subjacentes, como paralisia cerebral, entre outros. Acreditou-se que o problema da aprendizagem estivesse relacionado aos métodos empregados, girando basicamente em torno de uma questão pedagógica. Só muito recentemente, no entanto, a questão foi amplamente inserida dentro de um contexto escola-família e processos de aprendizagem e, nos últimos anos, com os avanços dos estudos das neurociências, foi possível compreender que há um cérebro que assimila o objeto de aprendizado de acordo com seus esquemas mentais de assimilação. (FERREIRO; TEBEROSKY, 2008).

Os desdobramentos das falhas educacionais são graves e repercutem durante toda a vida do indivíduo se não diagnosticadas e prontamente serem submetidas à intervenção. A atenção primária à saúde, em conjunto com a escola e os familiares, pode fazer a abordagem e seguimento dos casos de crianças com dificuldades de aprendizagem.

#### **6.4 Seleção dos “nós críticos”**

Identifica-se como “nó crítico” das dificuldades de aprendizagem relevantes para o contexto de atenção primária a dificuldade e atraso no diagnóstico, no acompanhamento e intervenção nas crianças que apresentam DA, além da ausência de estruturas escolares preparadas para lidar com crianças com necessidades de aprendizagem diversas às das demais crianças. É importante citar que as doenças

clínicas rastreáveis e tratáveis foram abordadas em concomitante ao primeiro “nó crítico”, dado a obrigatoriedade de excluir essas doenças para o diagnóstico das DA. Outro nó crítico é o contexto socioeconômico em que essas crianças se encontram inseridas: escolas com turmas compartilhadas, em zona rural, com famílias com nível cultural reduzido e renda familiar limitada.

### **6.5 Desenho das operações**

O desenho das operações se encontra discriminado nos quadros das três páginas seguintes.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1- doenças clínicas rastreáveis e tratáveis relacionado ao problema “Acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na atenção primária em unidade de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Ponte Nova”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pontal , do município de Ponte Nova, Minas Gerais 2017.

<b>Nó crítico 1</b>	Doenças clínicas rastreáveis e tratáveis no âmbito da Atenção Primária
<b>Operação (operações)</b>	Estabelecer rotina de avaliação de acuidade visual, auditiva e clínico laboratorial em crianças com DA.
<b>Projeto</b>	“Outra visão”
<b>Resultados esperados</b>	Identificar e tratar 90% as causas clínicas mais prevalentes em crianças em contexto de DA.
<b>Produtos esperados</b>	Acolhida das crianças com encaminhamentos de DA da escola; Anamnese; exame físico; preenchimento das curvas de crescimento e puericultura preconizadas pelo MS; atualização de cartão vacinal; Solicitar exames de revisão laboratorial para as crianças selecionadas (hemograma, glicemia, exame parasitológico de fezes e outros exames guiados pela clínica apresentada). Avaliação oftalmológica e auditiva guiadas pela clínica do paciente. Discussão dos casos com equipe do NASF. Encaminhamento para avaliação de especialistas nos casos em que foi encontrada necessidade de maior investigação da DA.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Equipe do NASF Cognitivo: Reunião de estudos do grupo NASF e ESF. Financeiro: Recursos para exames e consultas. Político: Adesão Social.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Adesão dos profissionais do NASF. Cognitivo: Adesão da Equipe. Político: Funcionamento da Referência e Contrarreferência. Financeiro: Financiamento da Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	A equipe da ESF, em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Avaliação multidisciplinar das crianças em contexto de DA.
<b>Prazo</b>	Seis meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico Assistente.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reuniões Mensais da Equipe.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2- dificuldade e atraso no diagnóstico e seguimento de crianças em contexto de dificuldades de aprendizagem” relacionado ao problema “Acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na atenção primária em unidade de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Ponte Nova”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pontal, do município de Ponte Nova, Minas Gerais 2017.

<b>Nó crítico 2</b>	Dificuldade e atraso no diagnóstico e seguimento de crianças em contexto de DA.
<b>Operação (operações)</b>	Estabelecer avaliação precoce de crianças com suspeita de DA.
<b>Projeto</b>	“Outras Possibilidades”
<b>Resultados esperados</b>	Identificar, encaminhar e seguir precocemente crianças com DA.
<b>Produtos esperados</b>	Acompanhar e diagnosticar precocemente crianças com DA; Estabelecer um diálogo permanente entre escola e UBS, possibilitando o seguimento das crianças acompanhadas no Projeto “Outras Possibilidades” Encaminhar as crianças com necessidade de acompanhamento especializados para os serviços disponíveis na rede de saúde;
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Equipe do NASF Cognitivo: Reunião de estudos do grupo NASF e ESF. Financeiro: Recursos para exames e consultas. Político: Adesão Social.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Adesão dos profissionais do NASF. Cognitivo: Adesão da Equipe. Político: Funcionamento da Referência e Contrarreferência. Financeiro: Financiamento da Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	A equipe da ESF, em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Avaliação multidisciplinar das crianças em contexto de DA.
<b>Prazo</b>	Seis meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico Assistente.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reuniões Mensais da Equipe.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3 - “Criança socioeconomicamente desfavorecida” relacionado ao problema “Acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizagem na atenção primária em unidade de Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Ponte Nova”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pontal , do município de Ponte Nova, Minas Gerais 2017.

<b>Nó crítico 3</b>	Criança Sócio economicamente Desfavorecida
<b>Operação</b> (operações)	Estabelecer rotinas de avaliação de contextos familiares e de pobreza, quando aplicáveis, à crianças com DA.
<b>Projeto</b>	“Outra visão”
<b>Resultados esperados</b>	Identificar e intervir em crianças em contexto de DA acometidas por contexto socioeconomicamente desfavorável.
<b>Produtos esperados</b>	Acolhida das crianças com encaminhamentos de DA da escola; Avaliação pela equipe do NASF, utilizando avaliação da Psicologia e da Assistência Social, quando for necessário. Discussão dos casos com equipe do NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Equipe do NASF Cognitivo: Reunião de estudos do grupo NASF e ESF. Financeiro: Recursos para visita domiciliar. Político: Adesão Social.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Adesão dos profissionais do NASF. Cognitivo: Adesão da Equipe. Político: Funcionamento da Referência e Contrarreferência. Financeiro: Financiamento da Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	A equipe da ESF, em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Avaliação multidisciplinar das crianças em contexto de DA.
<b>Prazo</b>	Seis meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico Assistente.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reuniões Mensais da Equipe.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As dificuldades de aprendizagem corroboram importantes prejuízos à formação psicossocial dos indivíduos quando não abordadas a tempo e corretamente. Este projeto teve como objetivo ofertar melhor acesso às ferramentas diagnósticas, através de parceria com Secretaria Municipal de Saúde e escola da zona rural do município de Ponte Nova, na população adstrita à UBS Pontal. Pretende-se alcançar a melhoria do cuidado e da autoestima das crianças envolvidas, possibilitando o desenvolvimento potencial e intelectual em plenitude, além de favorecer a inclusão das mesmas no ambiente social e escolar.

Para que esta proposta seja viabilizada deverá ser disponibilizada atenção de todos os níveis da atenção à saúde que o município de Ponte Nova, principalmente do especialista em pediatria, neurologia e psicologia, sem deixar de contar com o trabalho dos demais componentes da equipe multidisciplinar.

Com este projeto aplicado, espera-se melhorar a qualidade de vida das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem e tem suas vidas alteradas por este componente importante na formação do cidadão.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F.; MEIRA, S., S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, Dez., 2013.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez., 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional, 2016**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315210&search=minas-gerais|ponte-nova>>. Acesso em: 11 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 28/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: 2009. 96 p.

BRIDI FILHO, C. A.; BRIDI, F. R. S. Sobre o aprender e suas relações: interfaces entre neurologia, psicologia e psicopedagogia. **Neurologia e aprendizagem**. v.1, n. 1, p. 33, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 28/06/2017.

CORREIA, L., M. Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília. v. 13, n. 2, p. 155-172, Ago., 2007.

CORREIA, O. L. R. **Fundamentos metodológicos em EJA I**, Curitiba. 2009. 108p.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L., S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. Enferm.** Brasília. v. 62, n. 1, p. 113-118, Fev. 2009.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS ADOTADA E PROCLAMADA PELA RESOLUÇÃO 217 A (III) DA ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS EM 10 DE DEZEMBRO DE 1948. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 201-207, 2008.

DUARTE, N. S. O impacto da pobreza no Ideb: um estudo multinível. **Rev. Bras. Estud. Pedagóg.**, Brasília , v. 94, n. 237, p. 343-363, Ago. 2013.

FERRARI, E. A. M.; TOYODA, M. S. S.; FALEIROS, L. Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília. v. 17, n. 2, p. 187-194, Ago. 2001.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. **Psicogênese da Língua Escrita**. Porto Alegre: Art Med, 2008.

FONSECA, V. **Dificuldades de Aprendizagem abordagem neuropsicopedagógica**. Rio de Janeiro. Wak Editora, 2016.

FREDERICO NETO, F.; CARDOSO, A. C.; KAIHAMI, H. N.; OSTERNACK, K.; STUMP, G. V.; PETLIK, M. E. I.; BARBIERI, C. L. A. Criança com dificuldade de aprendizagem: o processo de construção de uma guia de encaminhamento de alunos com queixas escolares a serviços de saúde. **Rev. psicopedag.**, São Paulo. v. 32, n. 98, p. 158-167, 2015.

FREIRE, P. **Política e educação**: ensaios 1921 – 1997– (Coleção Questões de Nossa Época ; v.23) 5ª ed., São Paulo, Cortez, 2001.

GIUSTA, A. S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educ. rev.**, Belo Horizonte , v. 29, n. 1, p. 20-36, Mar. 2013.

GOLDEMBERG, J. O repensar da educação no Brasil. **Estud. av.** São Paulo . v. 7, n. 18, p. 65-137, Aug. 1993.

JACOMINI, M. A. Educar sem reprovar: desafio de uma escola para todos\*. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.35, n.3, p. 557-572, set./dez. 2009.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo . v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011.

LEÃO, E. *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 5.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

MACHADO, M. F. A., S.; GUBERT, F. A.; MEYER, A. P. G. F. V.; SAMPAIO, Y. P. C. C.; DIAS, M. S. A.; ALMEIDA, A., M. B.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A. C.;

MACHADO, V. L. S. Dificuldades de aprendizagem e a relação interpessoal na prática pedagógica. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto. n. 3, p. 16-25, Ago., 1992.

MACHADO, M., F., A., S.; GUBERT, F., A.; MEYER, A., P., G., F., V.; SAMPAIO, Y., P., C., C.; DIAS, M., S., A.; ALMEIDA, A., M., B., MORAIS, A., P., P.; SILVA, A., C.; CAMPOS, J., S., CHAGAS, M., I., O.; CHAVES, E., S. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**; v.25, n.3, p. 307-312, 2015.

MARTINS, D. **Revista Eventos Pedagógicos**. Desigualdade e Diversidade étnico-racial na educação infantil v. 6, n. 4 (17. ed.), número regular, p. 66-76, nov./dez. 2015.

MAZER, S. B.; DAL BELLO, A. C.; BAZON, M. R. Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 28, p. 7-21, jun., 2009.

MELO JÚNIOR, E. S.; NOGUEIRA, M. O. A humanização do ser humano em Paulo Freire: a busca do “ser mais”. **Revista Formação@Docente**. Belo Horizonte; v. 3, n. 1, dez, 2011.

MELO, M. V. N. Desenvolvimento da leitura e da escrita nas séries iniciais **UNISANTA Humanitas**. V.3, n.2, p, 210-236, 2014.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014 .

NICOLAU, M. L. M. Um estudo das potencialidades e habilidades no nível da pré-escolaridade e sua possível interferência na concepção que a criança constrói sobre a escrita. **Rev. Fac. Educ.** São Paulo. v. 23, n. 1-2, p. 258-282. Jan. 1997.

PASSOSA, A. Q.; CAZELLA, A. A. V.; ARAMANA, E. M. O.; DEL GROSSIA, E. S. Dificuldade de Aprendizagem em Matemática: Discalculia. **UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 61-71, Jun. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA - 2017. Disponível em:

[www.pontenova.mg.gov.br/secretarias](http://www.pontenova.mg.gov.br/secretarias). Acesso em 12 de dezembro de 2017

RIBEIRO SOBRINHO, J., B. Neuroplasticidade e a Recuperação da Função após lesões Cerebrais. **Acta Fisiátrica**. v. 2, n. 3, p. 27-30, 1995.

ROCHA, H., A., B. escrita como condição para o ensino e a aprendizagem de história. **R. Bras. Hist.** São Paulo. v. 30, n. 60, p. 121-142 , 2010.

SANTIAGO, L. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; MOREIRA, T. M. M. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **R. bras. Enferm.** Brasília. v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez.. 2012 .

SIQUEIRA, C., M.; GURGEL-GIANNETTI, J. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev Assoc Med Bras**; v. 57, n. 1, p. 78-87, 2011.

SOUZA, M. C.; GOMES, C. Neurociência e o déficit intelectual: aportes para a ação pedagógica. **Rev. Psicopedagogia**, v. 32, n. 97, p. 104-114. 2015. <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/60/neurociencia-e-o-deficit-intelectual--aportes-para-a-acao-pedagogica#Acesso> em 02/11/2017.

TABAQUIM, M., L., M. Transtornos da aprendizagem não-verbal. **Rev. psicopedag.**, São Paulo. v. 33, n. 102, p. 358-364, 2016 .

TORRES, N. L.; SOARES, T. S.; CONCEIÇÃO, F. G. **Dificuldade de aprendizagem: além do Muro Escolar**. In: Encontro Científico Multidisciplinar, II., 17 e 18 de maio 2016, Aracaju/SE. FAMA – Faculdade Amadeus.

VIOTTO FILHO, I. A. T.; PONCE, R. F.; ALMEIDA, S. H. V. As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola. **Psicol. educ.** São Paulo, n. 29, p. 27-55, dez. 2009.

**ANEXO A – FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM DAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM NA A SER TRABALHADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PROPOSTA DE ABORDAGEM (BASEADO EM LEÃO *et al.*, 2013).**

